

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX.

I

PÉRICHONDRITE SPÉCIFIQUE SIMULANT UN ŒDÈME  
AIGU DU LARYNX ET COINCIDANT AVEC UN PO-  
LYPE LARYNGÉ,

Par le Dr J. **Garel**, médecin des hôpitaux de Lyon.

Louis F..., âgé de 42 ans, journalier, entre dans mon service salle Saint-Maurice, n° 5, à l'Hôtel-Dieu, le 7 janvier 1888.

Rien d'important n'est à signaler dans ses antécédents héréditaires. Sa mère est morte assez rapidement d'un phlegmon du cou. Le malade a toujours joui d'une santé passable. Il a fait quelques excès alcooliques et prétend n'avoir jamais eu d'affection vénérienne. A l'âge de 26 ans, un rhumatisme polyarticulaire le retint au lit pendant sept mois.

Au mois de juin 1887, étant en sueur, il prend froid en se-journant dans un appartement dont les fenêtres étaient ouvertes. Il devint presque aussitôt enroué et ressentit une gêne au niveau du larynx, soit dans la phonation, soit pendant l'ingestion des aliments. Il ne s'en inquiéta pas. Cependant, au commencement de novembre, cette gêne devint plus considérable. Vers le 25 décembre, il remarqua un peu de gonflement au niveau du cou. Enfin, vers le 4 janvier, l'aphonie fut presque complète.

Le 7 janvier, le malade entre dans le service avec une dyspnée très intense. Le cou est un peu tuméfié du côté gauche, mais le craquement normal provoqué par le déplacement latéral du larynx persiste. L'examen laryngoscopique fait constater au niveau de l'aryténoïde gauche un œdème violacé semi-transparent, considérable avec effacement complet de la fossette pyramidale et de la fossette glosso-épiglottique. La bande ventriculaire gauche est également très tuméfiée et masque totalement la corde vocale gauche et la commissure antérieure. La marche rapide de l'affection me fait penser tout d'abord à un œdème aigu ; aussi, le soir même, je pratique plusieurs scarifications sur l'aryténoïde et dans la fossette latérale.

La nuit est plus calme que les précédentes et le 8, au matin,

je constate une diminution de l'œdème, sauf pour la bande ventriculaire qui paraît encore plus volumineuse. Je fais alors deux scarifications sur la bande ventriculaire, mais je n'obtiens pas l'issue de liquide purulent.

Le malade se plaint de rejeter continuellement des mucosités abondantes. En examinant avec soin la commissure antérieure, on aperçoit profondément à cette commissure un bourgeon flottant du volume d'un gros pois.

Le 9 janvier, j'anesthésie le larynx à la cocaïne, et dès la première introduction de pince, je retire la petite tumeur. La voix devient immédiatement beaucoup plus forte. La tumeur sessile devait s'insérer sur une petite étendue.

Le 10, en présence de l'empâtement du côté gauche du cou, voyant que l'œdème ne cède que lentement, j'institue un traitement spécifique. Je prescris d'abord des frictions mercurielles matin et soir. Le malade nie cependant tout antécédent syphilitique. La voix se maintient bien depuis l'opération de la tumeur du larynx. Cependant, la bande ventriculaire gauche est encore tellement tuméfiée que l'on ne peut apercevoir au laryngoscope que le tiers postérieur de la corde vocale droite.

Le 11, j'ajoute au traitement 4 grammes d'iodure de potassium.

A partir du 13, la tuméfaction interne et extérieure a diminué dans des conditions considérables. La corde vocale gauche, invisible jusqu'à ce jour, se découvre dans sa moitié postérieure. La fossette pyramidale se dessine mieux.

Le 14, je porte l'iodure à 6 grammes.

Le malade n'a pas eu la voix aussi claire depuis plus de six mois. Trois jours plus tard, la corde vocale gauche paraît libre dans toute son étendue. J'aperçois alors à la partie antérieure de cette corde une tache rougeâtre qui est certainement le point sur lequel devait s'implanter le polype. Il ne reste plus qu'une légère tuméfaction de l'aryténoïde gauche.

Du 20 au 30 janvier, je supprime le traitement spécifique, le malade présentant des symptômes évidents d'intolérance.

Vers le milieu de février, le malade est complètement guéri, le larynx est tout à fait normal. Les coupes que j'ai pratiquées sur le polype ont été classées dans la série des *fibro-mixomes*, par mon ami le Dr Chandelux, agrégé à la Faculté.

Cette observation est intéressante d'abord par la marche rapide des accidents à un moment donné, accidents simulant

un œdème aigu; puis par la coïncidence curieuse d'un polype laryngé qui venait compliquer la situation. Enfin, sa guérison très rapide par le traitement spécifique prouve une fois de plus combien il faut peu tenir compte des affirmations même les plus désintéressées d'un malade au sujet des antécédents syphilitiques.

---

## II

## PLAIE DU LARYNX, PAR ARME A FEU,

Par le Dr **HIÉRO STOESSEL.**

Cas observé à la clinique du professeur **Weinlechner.**

(Traduit de l'allemand par M<sup>lle</sup> **Wilbouschewich**, externe des hôpitaux.)

Ce cas, intéressant déjà par sa rareté, a présenté quelques particularités dans sa marche et dans son traitement.

Un homme de 28 ans reçoit, le 6 octobre 1887, un coup imprudemment tiré d'un vieux fusil, à cinq pas de distance, de sorte que l'obturateur en papier pénètre dans le larynx. Il est aussitôt rejeté par les efforts de toux; puis quelques fragments de cartilage sont extraits de la plaie dans laquelle on introduit une canule. Au bout de deux jours, on essaya d'enlever cette canule, que l'ont fut obligé de remettre en place à cause de la dyspnée intense avec cyanose; un nouveau fragment cartilagineux fut extrait à cette occasion. Depuis huit jours, la respiration s'embarasse à nouveau, ce qui décide le malade à se rendre à Vienne. Nous nous trouvâmes en présence d'un homme de constitution faible, mal nourri, complètement aphone; les deux temps de la respiration s'accompagnaient d'un bruit strident peu intense; la plaie entourée de bourgeons charnus portait sur le cartilage thyroïde à gauche de la ligne médiane; et voici ce que nous montra l'examen laryngoscopique :

La glotte présentait dans la respiration calme une forme irrégulièrement quadrilatère; entre les cartilages aryténoïdes, légèrement tuméfiées, une saillie d'un blanc nacré proéminait dans la cavité du larynx. Une autre éminence de la grosseur d'un petit haricot se trouvait à l'angle antérieur, à côté de l'épiglotte

d'ailleurs normale. De la base de cette éminence, partait une membrane gris rougeâtre jusque sur le milieu de la corde vocale inférieure droite. Du même point, une bride cicatricielle s'étendait au-dessus de la corde vocale inférieure gauche, en intéressant une partie de cette corde de même que de la corde vocale supérieure du même côté. Les cordes vocales inférieures rougeâtres, recouvertes par places de petites granulations, donnaient naissance par leur face inférieure à des espèces de granulations en grappes flottantes dans l'espace sous-glottique au niveau de l'axe antérieur. Une sonde introduite par la plaie se dirigeait vers la saillie intéryténoidienne en passant au-dessous de la membrane que nous avons décrite. Enfin, quand le malade essayait d'émettre un son, la corde vocale droite arrivait presque à la ligne médiane, tandis que la gauche était presque immobile dans ses deux tiers postérieurs, de sorte que la glotte restait constamment béante en arrière.

Le 11 novembre, nous enlevâmes la canule, ce que le malade supporta fort bien ; la plaie extérieure se fermait assez rapidement, en laissant cependant une fistule ; le fonctionnement de la glotte se rétablissait un peu, les granulations sous-glottiques étaient remplacées par une cicatrice étendue jusque vers la trachée. Le 8 décembre, le malade se plaint de douleur dans la gorge et nous trouvons le cartilage aryténoïde droit modérément tuméfié et rouge ; ces phénomènes cèdent rapidement à l'emploi de la glace et d'inhalations astringentes. Le 15 décembre, on commence la dilatation de la glotte par l'introduction d'un cathéter, mais le malade très anxieux, craignant la suffocation, on pratique la trachéotomie. Le 3 janvier 1888, la plaie est en voie de cicatrisation, l'ouverture artificielle bourgeonne, l'état général est bon. On introduit alors par cette ouverture une sonde que l'on fait ressortir par la bouche, puis, sur ce conducteur, un drain est glissé dans le larynx et maintenu en place pendant deux jours, bien supporté par le malade. Dans des séances ultérieures, des drains de plus en plus gros sont introduits, le dernier présentant le calibre du petit doigt. A ce moment, le malade se sentant très amélioré se refuse à continuer le traitement et sort le 15 février. La respiration est libre, la canule étant fermée ; bientôt la plaie trachéale se cicatrise. L'examen du larynx montre la persistance des membranes, mais la glotte s'ouvre largement et se ferme très irrégulièrement il est vrai, au moment de l'émission des sons. La phonation reste très incomplète.



Ce fait me paraît démontrer que, dans le cas de sténose glottique cicatricielle récente, il n'est point besoin d'avoir recours à la cautérisation comme cela est indiqué pour les cicatrices anciennes, indurées ; la dilatation pratiquée à l'aide de drains en caoutchouc pouvant donner des résultats tout à fait satisfaisants, d'autant plus qu'elle est bien plus facilement supportée. D'autre part, l'ouverture trachéale met le larynx en rapport avec l'air extérieur, ce qui d'après Stoerck est une condition essentielle pour éviter la formation de granulations confluentes.

---

### III

#### DES ESPÈCES LARYNGIENNES PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES ET DE LEUR TRAITEMENT GÉNÉRAL,

Par le Dr **SÉNAC-LAGRANGE**,  
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Suite.)

### II

Les caractères d'espèce étant des caractères généraux, pour qu'ils puissent être accordés aux laryngites lymphatique et arthritique, il importe de toute nécessité que nous les retrouvions partout, même quand un élément spécifique acquis semble avoir donné à la laryngite une nature particulière.

Nous n'avons certes pas l'intention de poursuivre l'intervention de ces caractères d'espèce dans tous les états organopathiques. Mais, pour montrer que ces caractères procèdent toujours de l'état physiologique, nous rappellerons en passant l'observation du docteur Aysaguer sur une paralysie fonctionnelle et bilatérale des crico-aryténoïdiens postérieurs, dont la grosseur fut l'occasion (*Union médicale*, mars 1885). Cette grosseur resta constamment régulière. Et cependant la trachéotomie devint à deux fois nécessaire, la paralysie, toujours constatée du reste au laryngoscope, ne disparaissant complètement qu'après l'accouchement, sans qu'aucune indication ait été entreprise, autrement dit spontanément.

En dehors de l'étiologie constitutionnelle, quelle étiologie accuser ici ?

Nous avons hâte de rechercher les caractères d'espèce dans les laryngites spécifiques, comme la laryngite syphilitique et aussi la laryngite tuberculeuse ! L'avantage sera et de mieux connaître les *formes* anatomiques en lesquelles se résolvent ces espèces, et de pénétrer la nature des affections nouvelles qu'elles font ou qu'elles doublent.

Tout d'abord, nous assistons à une certaine confusion à laquelle donne lieu, dans l'étude de cette laryngite, la négation des espèces morbides laryngées.

« En résumé, dit le Dr Ferras (1) dans un travail qui, de tous côtés, a eu les honneurs de la critique, ce qu'on trouve dans la laryngite syphilitique, c'est de l'hyperhémie sans exsudat séreux, hyperhémie caractérisée par une rougeur sombre, diffuse, sans vaisseaux apparents, bientôt suivie d'hypertrophie générale des cordes vocales supérieures et inférieures..... L'hypertrophie partielle entraîne la formation de végétations, en général peu volumineuses, etc.

« La muqueuse présente une couleur rouge sombre (face postérieure de l'épiglotte antéro-supérieure des éminences aryténoïdes et des cordes vocales supérieures). Cette rougeur est diffuse, et en aucun point on n'a vu des vaisseaux déliés *dessiner de fines arborisations*, comme cela s'observe dans la laryngite des tuberculeux.

« Au début de la laryngite, alors qu'il n'y a qu'un enrouement léger, on trouve à l'épiglotte : bord arrondi et blanchâtre, devenu couleur rouge foncé, surtout à la face inférieure ou postérieure de l'épiglotte tomenteuse dans ces cas.

« Les éminences aryténoïdes ont perdu leur forme : la muqueuse est épaissie, d'une couleur rouge sombre, le sommet arrondi ; leur mobilité est diminuée. La commissure postérieure présente un aspect *velouté* qui, plus accusé, donne lieu à de véritables *végétations*.

« Les cordes vocales supérieures, plus volumineuses, ont une rougeur diffuse, leur bord interne, inégalement coloré, arrondi, recouvre une partie des cordes vocales inférieures.

« Les cordes vocales inférieures, minces, blanchâtres à l'ordinaire, ont une rougeur diffuse, pâle au début, bientôt plus foncée, etc.

« A une période plus avancée, la couleur est la même, mais la muqueuse s'affaiblit davantage. Epiglotte et replis épaissis, lie de vin, bourrelet plus saillant, éminences aryténoïdes plus grosses, uniformément arrondies, commissure comblée par l'épaississement en masse de la muqueuse. Cordes supérieures rouge brique, épaisses... Cordes inférieures à volume double et

(1) De la laryngite syphilitique (*Thèse*, 1872).

triple, à bord offrant des inégalités en véritables dentelures. Celles (dentelures) de la base des cordes touchent aux saillies fréquentes de la commissure et contribuent à rétrécir la glotte. »

Mais est-ce toujours l'état pathologique que l'on constate? N'y a-t-il point place pour l'état physiologique?

Assurément. Lisez plutôt (1) le résumé des signes physiques de la laryngite non ulcéreuse, à la période secondaire :

« Épiglotte : *Saine* quelquefois, rouge, tomenteuse à sa face postérieure. — Eminences aryténoïdes : *Saines* quelquefois, rouges, gonflées. — Cordes vocales supérieures : *Rosées*, rouge pâle ou vif, quelquefois avec gonflement... ou présentant des rougeurs par plaques distinctes. — Cordes vocales inférieures : *Saines*, roses, rouges ou tachetées de rouge et de rose. »

Le trouble fonctionnel est plutôt cité que nettement établi, et toujours à titre exceptionnel, du reste :

« On peut observer (p. 61), à la suite de cette forme de laryngite non ulcéreuse, un trouble fonctionnel du larynx que Krishaber et M. Peter ont parfaitement décrit sous le nom d'asynergie vocale, etc... »

Nous ne faisons point intervenir ici la lésion caractéristique de la laryngite syphilitique secondaire : la plaque muqueuse, toujours rare dans le larynx, notre dessein dans ce travail étant surtout de poursuivre dans la laryngite spécifique des caractères d'espèce qu'on n'a jamais recherchés.

La question apparaît sous son véritable jour aux auteurs d'un très intéressant travail étudié dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, sous le titre de « Laryngopathies syphilitiques », Krishaber et M. Mauriac. A l'article *Laryngopathies sans plaques muqueuses* (p. 212), voici ce que nous lisons : « Quoique la plaque muqueuse soit l'expression la plus nette et la plus caractéristique de la maladie constitutionnelle, dans la première phase de son évolution, elle est loin d'être la seule. A un degré moindre, dans l'échelle des modifications anatomiques, nées sous l'influence diathésique, à l'époque dont nous parlons, s'observent les divers troubles de la circulation capillaire, c'est-à-dire les hyperhémies ou les subinflammations. Ces hyperhémies ou ces sub-inflammations, qui évoluent toujours avec lenteur, se maintiennent pendant toute leur durée dans les limites d'un simple mouvement vasculaire anormal; elles ne projettent point de produits plastiques en dehors des vaisseaux et ne provoquent aucune prolifération cellulaire dans leur voisinage; elles bornent, en un mot, leur action à quelques irrégularités dans les phénomènes de l'irrigation sanguine... »

« Les points de la muqueuse où se produisent ces sortes d'hy-

(1) De la laryngite syphilitique (*Thèse*, 1872).

perhémies présentent à peu près le même aspect que dans les formes communes, c'est-à-dire qu'ils sont, *d'une manière générale*, rouges et tuméfiés. Toutefois, on peut observer quelques nuances dans la couleur, quelques particularités dans la forme et dans la distribution du gonflement hyperhémique, assez permanentes et assez accentuées pour déceler l'origine syphilitique de l'affection...

« De toutes les manifestations secondaires, la plus fréquente est la rougeur, depuis la simple congestion superficielle, caractérisée par une coloration rosée, jusqu'à l'inflammation intense couleur lie de vin... Ces rougeurs se rencontrent sur le même individu à divers degrés, en même temps : légère injection ici, marbrures rouges et roses là. Ce qui, pour la coloration, nous a paru le plus caractéristique, c'est sa constance et sa durée... » Voilà bien l'érythème laryngé, la laryngite érythémateuse que, sur 54 observations de syphilis secondaire, Gerhard et Roth ont rencontrée sur 43 sujets.

Mais tandis que la laryngite hyperplasique paraît à M. Ferras la forme la plus commune, pour Krishaber et M. Mauriac, c'est le catarrhe laryngé qui est le plus ordinaire.

« Nous avons dit (p. 259, *loc. cit.*) que le catarrhe laryngé de la syphilis peut devenir très intense, mais le plus souvent la rougeur saturée est limitée sur des points circonscrits. Peu d'auteurs signalent l'existence de traînées d'arborescence; mais nous les avons parfaitement constatées sur quelques-uns de nos malades. Lorsqu'elles existaient sur les *cordes vocales*, les *vaisseaux distendus étaient parallèles à ces organes*. »

Mais voici qui n'est pas moins intéressant eu égard à ces caractères d'espèce.

« En général (p. 260), le catarrhe laryngé des syphilitiques est très durable, mais peu uniforme, et la rougeur, qui est constante, ne se laisse pas influencer par le traitement local, et même très peu par le traitement général. Elle finit cependant par disparaître en obéissant à une loi d'évolution naturelle qui relève de la diathèse, cédant sans doute aussi au traitement général, mais sans qu'il soit facile de saisir jusqu'à quel point et à quel moment on pourrait admettre une relation entre la disparition du catarrhe et le traitement qui s'y rattache. »

Impossible de ne pas rattacher ce fait clinique au suivant :

« Ce que nous disons là de la syphilis s'applique dans une mesure bien plus large à l'épaississement glandulaire du larynx, et qui doit, chez un bon nombre de syphilitiques, *préexister* aux manifestations syphilitiques du larynx. Nous n'avons constaté chez nos syphilitiques qu'une seule fois la forme granuleuse de la laryngite, et nous serions assez portés à admettre que le gonflement des glandules, dans ce cas, *ne se rattachait pas à la*

*diathèse vénérienne*. Ne serait-ce pas pour n'avoir pas tenu un compte suffisant des antécédents du malade que, chez d'autres auteurs, les granulations laryngées ont été beaucoup plus fréquemment constatées que par nous dans la syphilis ? »

C'est avec grand sens que Krishaber et M. Mauriac écrivent d'autre part :

« Le gonflement des tissus du larynx survient très fréquemment, nous le savons, mais on ne devrait y voir de l'hypertrophie que lorsque l'épaississement prend des proportions *qui ne sont pas en relation avec le degré d'inflammation*, et lorsque surtout cet épaississement devient persistant... »

« Nous ne présumerons rien sur la nature histologique des productions, mais il nous sera permis, cependant, de faire une division purement clinique entre le *gonflement inflammatoire*, même lorsqu'il est durable, et l'*hypertrophie proprement dite*. Tant que l'épaississement inflammatoire du larynx est accompagné des autres caractères de la laryngite, notamment la rougeur et la production de muco-pus, le gonflement des tissus, si persistant qu'il soit, peut disparaître, et disparaît en effet, quoique tardivement parfois. Les tissus hypertrophiés, au contraire, ne régressent plus : le plus souvent, ils tendent à accroître progressivement.... » Le terme gonflement doit donc être pris de préférence, et c'est lui qu'on exprime quand on parle de sa disparition sous une médication thermale générale et locale (p. 15).

« La laryngite plastique ou hypertrophique, continue Isambert (1), nous inspire des doutes de la même nature que la laryngite granuleuse. L'épaississement parenchymateux chronique, qui est dû soit à un exsudat pseudo-plastique non résorbé, soit à une hypertrophie du tissu connectif, etc., n'appartient pas à la laryngite catarrhale chronique simple, mais bien à différentes laryngites diathésiques, au premier rang desquelles il faut mettre la tuberculose et la syphilis.... »

Veut-on avoir un exemple de lésions arthritiques compliquant une laryngite syphilitique tertiaire ? Qu'on lise dans le tome VIII des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* l'observation produite (p. 77) : c'est l'histoire d'une femme de 43 ans, ayant présenté, vingt ans après des accidents secondaires, des phénomènes de dyspnée laryngienne. Comme lésions : sur le bord droit de la langue, ulcération de 1 centimètre, induite... Sur le pilier droit et l'amygdale correspondante, ulcération verticale, superficielle, granuleuse, à fond rouge. — Ganglions sous-maxillaires tuméfiés. — Épiglote rouge, augmentée de volume. — Replis aryénoïdes, formant deux bourrelets rouges. —

(1) *Ann. mal. larynx*, t. I, p. 263.

Cordes vocales supérieures très tuméfiées interceptant une fente étroite.

L'examen histologique des replis aryénoïdes montre que l'épaississement est dû à une infiltration de *cellules embryonnaires* volumineuses, séparées par des *travées conjonctives*; dans leur épaisseur, nombreux *capillaires de nouvelle formation*. Muqueuse à peu près *intacte*; toutefois, les glandes qu'on y rencontre normalement étaient notablement *hypertrophiées*.

Le Dr Gouguenheim a rencontré ces mêmes faits à l'hôpital de Lourcine et les décrit sous le nom de laryngite hypertrophique diffuse (*Ann. mal. larynx*, t. IX, p. 127).

Le Dr Cadier a cité (*loc. cit.*, p. 334) plusieurs observations où, à la suite de syphilis, de végétations papillaires, il pratiqua la dilatation du larynx, pour obvier au rétrécissement de la glotte occasionné tant par l'*hyperplasie* des tissus muqueux et sous-muqueux que par l'affaissement du larynx, suite de son défaut de fonctionnement.

D'où l'on peut conclure que :

L'hypertrophie, du moins l'hypertrophie primitive, dans les laryngites chroniques, est certainement trop facilement acceptée. Elle serait, suivant Schrotter, dans une certaine relation avec la périchondrite chronique.

Dans son traité, Morell-Mackensie mentionne, parmi les symptômes objectifs de la laryngite chronique, l'état granuleux des cordes. Ses traducteurs, MM. Bertier et Moure, prétendent que l'état granuleux des cordes n'appartient pas à la laryngite chronique simple, mais aux laryngites syphilitiques ou tuberculeuses ou aux polypes!

M. Fauvel, sans être aussi explicite, paraît se ranger à l'opinion de son confrère de l'autre côté du détroit, du moins si on en juge par le titre de sa première observation (1) : *Inflammation catarrhale glanduleuse de la corde vocale supérieure gauche dans toute son étendue, etc.*

M. le professeur Fournier (2) reconnaît deux variétés de laryngite syphilitique d'inégale fréquence : 1° l'érythème laryngé ou laryngite érythémateuse; 2° la laryngite hyperplasique.

Voici le caractère qu'il donne à la première : une rougeur en nappe, sombre de teinte, étendue à une portion variable des parties supérieures du larynx, le plus souvent à tout l'infundibulum laryngien. Cette rougeur est surtout remarquable sur le bord libre et la face postérieure de l'épiglotte, sur les cordes vocales supérieures et sur les éminences aryénoïdes. Rarement, elle se propage jusqu'aux cordes vocales inférieures et à toute la cavité du larynx. C'est une rougeur étalée en nappe uniforme et non

(1) *Traité des maladies du larynx*, Appendice, p. 872.

(2) *Leçons cliniques sur la syphilis*, 2<sup>e</sup> édit., p. 446.

distribuée en îlots, en petites taches, comme le serait une éruption méritant de porter le nom de roséole. C'est de plus, comme on l'a justement remarqué, une *rougeur sans injection vasculaire manifeste*, sans arborisations, du moins dans la plupart des cas...

« Cette rougeur est d'un ton sombre, violacée. A-t-elle, comme on l'a prétendu, une teinte spéciale, suffisante par elle seule pour attester la vérole! J'en doute fort, ou plutôt, après l'avoir étudiée maintes et maintes fois, je me crois en droit de lui *refuser tout caractère pathognomonique*.

« La seconde variété, laryngite hyperplasique, est caractérisée par une sorte de turgescence diffuse de la muqueuse, laquelle *semble à la fois hyperhémie et épaissie*. D'un rouge plus sombre, avec apparence tomenteuse, veloutée, elle *paraît* en plus gonflée, épaissie, hypertrophiée. Le gonflement, rarement circonscrit, porte plus habituellement sur un véritable département du larynx ou sur plusieurs à la fois, épiglote, replis aryéno-épiglottiques, cordes vocales supérieures. »

« L'érythème syphilitique, écrit le Dr Mandl, ne présente rien de spécifique. Ce sont les commémoratifs et les accidents concomitants qui permettent d'établir le diagnostic différentiel (1). »

Des caractères d'espèce se présentent donc dans des maladies même spécifiques! Voilà ce que proclame une observation complète, c'est-à-dire comparée. Quant aux formes, la rareté de certaines d'entre elles se dégage de plus en plus, la forme granuleuse, par exemple. « Réelle et facile à vérifier dans le pharynx, dit Isambert (2), il nous semble qu'elle a été décrite théoriquement pour le larynx, etc. »

Mais les phénomènes fonctionnels manqueraient-ils dans la laryngite syphilitique? Nullement; et là aussi ils vont apparaître avec les caractères rencontrés ailleurs. Dans une séance du congrès laryngologique de New-York (1887), au sujet des altérations de la sensibilité de la gorge, Jarvis citait le cas d'un syphilitique observé par lui avec névralgie des deux côtés de la langue et en même temps névralgie frontale et douleurs sur d'autres parties du corps.

Un autre le consultait tous les cinq à six mois pour une vive douleur du pilier antérieur droit qui disparaissait, puis revenait. Dans un cas analogue (Sajous), malgré la guérison d'une pharyngite folliculaire, la douleur persista, s'exagérant par l'humidité et paraissant de nature rhumatismale. Et Glasgow n'hésitait pas à rapporter ces cas à la diathèse goutteuse.

Remarquons, du reste, que les phénomènes provoqués par la médication thermale sont les mêmes et de même ordre que ces

(1) *Traité des maladies du larynx*.

(2) *Ann. mal. larynx*, t. I, p. 278.

derniers, spontanés, ne différant d'eux que parce qu'ils sont en général plus multipliés.

Et l'atonie ! Voyez plutôt, sur ce point, l'accord des observateurs :

« Dans l'histoire des laryngopathies syphilitiques, à leurs diverses périodes, écrit Krishaber (1), j'ai toujours été frappé de voir sur des érosions syphilitiques des lésions secondaires, tels qu'œdème, boursoufflement, tuméfaction, soit du vestibule, soit des cordes vocales, soit des parties sous-glottiques, cadrer avec des parésies ou paralysies, plus souvent fonctionnelles que produites par des lésions matérielles. »

« Nous avons observé aussi à l'hôpital de Lourcine, écrit d'autre part le Dr Gouguenheim (2), des troubles de cet ordre, survenant à la période secondaire, et qu'expliquait surtout la parésie des cordes vocales ; le traitement antisiphilitique avait assez facilement raison des aphonies de cette nature. Il est probable que chez ces malades les ganglions péri-trachéaux laryngiens s'étaient hypertrophiés ; il est vrai que nous n'avons pas pratiqué d'autopsies, ces malades guérissant à peu près tous. »

Gerhard et Roth reconnaissent une aphonie primaire syphilitique ; Diday, une aphonie secondaire. Nous en reconnaissons, nous, une seule, la même qui peut se présenter dans tous les temps de l'évolution.

### III

Le terme phthisie, quand on rappelle toute l'évolution de l'affection, comprend une série de lésions fonctionnelles et de lésions communes aboutissant à une lésion ultime, la granulation tuberculeuse qui se présente comme spécifique. Il serait tout aussi illogique de nier la phthisie, parce qu'elle se présente sous ces lésions fonctionnelles et sous des lésions communes, que de nier ses caractères d'espèce, parce qu'on vient de trouver l'unité anatomique de la tuberculose.

L'idéal, pour former un *critérium*, serait de trouver un même sujet qui, débutant par une lésion fonctionnelle générale ou locale, contracterait une lésion commune pour entrer de là dans l'évolution de la phthisie, c'est-à-dire constituer le vrai tubercule. L'accord se ferait-il dans ces conditions ? On peut répondre hardiment par la négative. Etant données les tendances de l'esprit humain, porté à tout accorder aux apparences et à chercher dans celles-ci la raison des certitudes, le rapport des phénomènes

(1) *Ann. mal. larynx*, t. IV, p. 187 et suivantes.

(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 384.



dans une évolution *lente, intermittente*, soumise en un mot au mode *chronique*, échappe, est distrait de son ordre, et ne peut fournir de prise au jugement. Bien plus encore, lorsque, comme dans la pratique nosocomiale, la maladie se présente dans sa pleine évolution ou dans sa marche ultime, ne gardant plus rien ou presque pas de son physiologisme primitif, des influences héréditaires, de tout ce qui, en un mot, peut asseoir un jugement complet et a cependant inspiré la majeure partie des travaux classiques ! Quoi de plus naturel, dans ces conditions, que de se retourner sur des problèmes particuliers, comme l'unité anatomique de la tuberculose, la considération de sa spécificité, basée sur sa nature bacillaire, etc. Problèmes théoriques et pratiques à la fois, moins pratiques peut-être, quand on considère que des lésions mort-nées, que des lésions bacillaires ne fournissent pas de matière aux indications !

Au surplus, le type idéal que nous cherchons existe, la nature nous le fournit, et il n'est pas si rare qu'il paraît ! Que de fois n'est-on pas à même d'observer une lésion spécifique, comme le testicule tuberculeux, adjointe à une atonie dynamique générale et locale, à une lésion fonctionnelle, en un mot, celle-ci faisant du reste l'évolution terminale.

Je trouve dans mes notes l'observation d'un procureur général, venu à Cauterets dans les conditions suivantes : 64 ans, lymphatique par ses ascendants, aphonie, cordes vocales sans tension, laissant entre elles un léger intervalle, dynamisme général diminué, réactions congestives. — Après une stimulation générale qui se maintint quelques mois, le dynamisme s'affecta de plus en plus, et, moins d'un an après, la terminaison fatale survenait sur un affaiblissement de la nutrition excessif, sur des phénomènes d'apnée pulmonaire plutôt que sur des lésions matérielles !

Cette atonie laryngienne, cette aphonie peut se trouver unie au catarrhe. Gerhard a cité un exemple (*Virchow's Archiv*, 1863) de paralysie complète des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs chez un médecin affecté depuis longtemps d'affection catarrhale. Changeons la paralysie en parésie, le fait devient commun !

Koch cite des cas (1) où la laryngite catarrhale chez les enfants peut se compliquer non seulement de parésie, mais de paralysie totale de tous les muscles du larynx. À l'œdème de la muqueuse laryngienne se joindrait l'infiltration œdémateuse des muscles.

Le même auteur (2) mentionne dans un cas typique l'immobilité à peu près absolue des cartilages aryténoïdes et, par conséquent, des cordes vocales, un rétrécissement particulier de la

(1) *Ann. mal. larynx*, t. V, p. 330.

(2) *Loc. cit.*, t. III, p. 339.

fente glottique. Cette paralysie n'était pas assez développée pour empêcher l'occlusion de la glotte pendant la toux (paralysie respiratoire des muscles phonateurs), mais suffisante pour empêcher la formation des sons (paralysie ou parésie phonique des muscles phonateurs). La malade, âgée de 22 ans, était une lymphatique. Elle avait, au début, présenté des lésions matérielles de cette nature, œdème énorme de l'épiglotte, des replis ary-épiglottiques, de la muqueuse aryénoïdienne, un gonflement rouge des cordes vocales inférieures, toutes lésions qui disparurent d'elles-mêmes après la trachéotomie, rendue nécessaire. Le sommet du poumon gauche commençait à s'indurer.

Mais les troubles vocaux sont loin d'être proportionnels aux lésions laryngiennes, quand celles-ci surviennent. « Dans nombre de circonstances, écrit le Dr Gouguenheim (1), on constate seulement une légère hyperhémie, sans tuméfaction ni ulcération ; mais les cordes vocales ne peuvent se rapprocher, leurs mouvements sont moins larges, plus lents... ; il ne serait pas juste de dire qu'en pareil cas la faiblesse des malades est la cause principale de l'aphonie, car on voit apparaître cette aphonie avant la cachexie tuberculeuse. »

Notons donc ce premier fait. Dans certains catarrhes symptomatiques, bien que précédant de loin l'évolution de la phthisie, l'atonie se montre sous forme de parésie ou paralysie. Parésie ou paralysie ont été observées, on peut le dire, sur tous les muscles laryngiens au début de la tuberculose, en dehors de toute compression nerveuse de lésion syphilitique ou tuberculeuse. A ce sujet, rien de plus intéressant que l'observation et les réflexions du Dr Lermoyez sur un cas de paralysie du muscle ary-aryénoïdien (2), encore que notre distingué confrère se croie obligé de ramener à l'hystérie compliquant la tuberculose la cause de cette paralysie.

Le Dr Gouguenheim prononce aussi le nom d'hystérie dans des parésies et des paralysies chez des tuberculeux à la période de ramollissement, notamment dans un cas de paralysie des adducteurs (*loc. cit.*, t. IX, p. 254, 256) (écartement des cordes, impossibilité de leur rapprochement), sur la raison que la paralysie hystérique donne lieu à la même image et que l'image diffère dans les cas de compression des nerfs récurrents !

Paralysie myopathique ou nerveuse, n'a-t-elle pas toujours le même substratum fonctionnel : l'asthénie ?

Les muscles phonateurs étant les organes de la fonction, on comprend qu'ils soient frappés fonctionnellement bien avant les muscles respirateurs, et même seulement. En effet, et c'est là un fait pratique, ce sont les adducteurs qui, dans les paralysies de

(1) *Ann. mal. larynx*, t. X, p. 21.

(2) *Loc. cit.*, t. XI, p. 147.

nature fonctionnelle, sont en général atteints. — L'image montre alors une amplitude exagérée de la glotte. Les abducteurs le sont très rarement (Lefferts). Dans ces cas, l'aspect des parties laryngiennes est en rapport avec la paralysie, nous voulons dire avec sa nature ! muqueuse rose pâle, ou son opposé, sombre et normalement épaisse, cordes vocales blanc nacré ordinaire, quelquefois parcourues par de petites arborisations vasculaires, ou même complètement rosées. — Le Dr Poyet dit n'avoir rencontré cette teinte que dans les cas de paralysie du crico-aryténoïdien latéral, et il explique cette particularité par le défaut de tension de la muqueuse de la corde vocale qui laisse alors voir par transparence la coloration du muscle sous-jacent !

La paralysie des muscles respiratoires (dilatateurs) indiquerait un degré de faiblesse ou d'asthénie en plus. Aussi, tandis que la paralysie des phonateurs peut guérir, Krishaber fait celle-ci persistante et inguérissable (1) !

Mais le spasme, dira-t-on ? Il n'a certes pas toutes les conditions d'existence ou de traduction qu'a l'atonie dans la phthisie, et cela se conçoit, la phthisie étant et devenant une maladie, par excellence, de faiblesse, de qualités vitales en moins. Le spasme n'est donc pas spontané comme son opposé, la parésie ou paralysie. Mais il a, quoique rarement, ses conditions de production : dans un cas d'abcès testiculaire tuberculeux, nous l'avons observé, provoqué à un degré modéré, il est vrai, par le traitement thermal, en même temps avec des phénomènes de spasme thoracique, ceux-ci plus intenses, et des phénomènes de dyspepsie.

Mais sa condition de production la plus ordinaire est donnée par la compression du récurrent à la suite d'hypertrophie ganglionnaire latérale. On a, en effet, remarqué que la compression des récurrents peut produire un spasme des muscles adducteurs, en même temps qu'une paralysie des abducteurs, les filets des récurrents innervant les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs étant toujours les premiers atteints (Mackensie, Semon) (2).

Qu'on lise, au surplus, toute observation où le spasme survient à titre de complication (*Ann. mal. laryn.*, t. XI, p. 413), et on s'assurera que sa détermination se lie à l'existence de manifestations arthritiques profondes, c'est-à-dire viscérales.

Ces spasmes, du reste, et par conséquent les phénomènes

(1) *Ann. mal. larynx*, t. VIII, p. 142.

(2) Il est établi que les filaments abducteurs du nerf laryngé inférieur ont une tendance bien marquée à être affectés plus tôt que les autres ou même exclusivement dans des cas bien nets de lésion ou maladie centrale ou périphérique de la racine ou du tronc de l'accessoire, du pneumogastrique ou du laryngé inférieur (Semon).

qu'ils développent, ne résistent pas à l'action du chloroforme (Gouguenheim).

S'il est donc des aphonies par lésion nerveuse, répétons-nous avec Newman (*Ann. mal. laryn.*, t. XIII, p. 269), il est une aphonie fonctionnelle sans lésion nerveuse ni musculaire.

L'expérimentation, après la clinique, vient éclairer de ses données la pathogénie de ces lésions fonctionnelles, atonie et spasme (1).

Le premier, nous voulons dire le plus ordinaire des éléments matériels dans la phthisie laryngienne qui commence ou qui évolue, est, comme dans la syphilis, le catarrhe. Il ne s'éloigne en rien des caractères que nous avons énoncés en étudiant les deux espèces sous lesquelles il se présente, et son substratum anatomique ne varie pas, de façon à conserver une physionomie identique et qui rende sa nature toujours reconnaissable alors même que la lésion évolue sur tel ou tel élément, ainsi que cela va apparaître. Aussi Isambert a-t-il écrit, avec vérité (2) : « Il est des phthisiques qui ne présentent de lésions laryngées qu'à la période des cavernes pulmonaires, de même qu'il est beaucoup de phthisiques qui n'en présentent pas, ou n'ont que des accidents passagers de *catarrhe laryngé*. La lésion de la granulation grise n'est pas nécessaire pour qu'un malade soit atteint d'une phthisie laryngée, qui présentera cependant les ulcérations des cordes vocales, le bourgeonnement, les œdèmes, les périchondrites et les nécroses, c'est-à-dire tous les éléments caractéristiques de cette maladie. »

Voici donc la phthisie laryngée évoluant en lésions communes ! Mais ces lésions communes ont-elles aussi leur caractéristique d'espèces ? Sans contredit, et tous les anathomo-pathologistes

(1) Des recherches de Frank Donaldson (Congrès de New-York, 1887), sur les fonctions du nerf récurrent laryngé, il résulte que l'ouverture ou la fermeture de la glotte dépend du degré d'excitation ; une excitation faible cause l'abduction ; une forte, l'adduction.

D'un autre côté, Hooper, de Boston, obtient par l'excitation du même nerf l'abduction chez les chats, l'adduction chez les chiens. Chez ces derniers, si l'animal est profondément anesthésié, il y a dilatation de la glotte ; à mesure que l'animal se réveille ou que les doses d'anesthésique diminuent, la glotte se contracte.

Allen Stair (New-York) a vu chez des hypnotisés une légère percussion du récurrent au-dessous du larynx produire une telle contraction des cordes vocales et des troubles de respiration tels, que la nécessité de la trachéotomie fut discutée.

De ces expériences, Donaldson conclut que les fibres abductrices sont beaucoup plus irritables, qu'elles ont moins de résistance et que, par conséquent, elles s'épuisent et meurent au point de vue fonctionnel beaucoup plus rapidement. Aussi partage-t-il l'opinion de Semon sur la nature paralytique de la paralysie des dilatateurs.

(2) *Ann. mal. larynx*, t. I, p. 280.

constatent une division bien tranchée entre les lésions dans l'histoire de la phthisie laryngée. M. le Dr Leroy, agrégé de la Faculté de Lille, décrit ainsi, dans les *Archives de physiologie normale et pathologique* (1885, n° 7), les deux types de phthisie laryngée : « Dans un premier type, il y a hypertrophie de la corde vocale inférieure. Au début, on constate histologiquement sur les cordes vocales inférieures un état papillomateux très prononcé de ces parties et une augmentation de la couche des cellules moyennes du corps de Malpighi...; le chorion muqueux est devenu scléro-conjonctif, contenant des glandes infiltrées de cellules embryonnaires, et à un degré plus avancé devenant caséuses; quelquefois l'épithélium tend à devenir corné, il est réduit à une simple couche de cellules perpendiculaires, sur laquelle repose une zone de lamelles cornées très épaisses... » L'auteur a rencontré le même processus dans la région sous-glottique... Cet état anatomique correspond à ce que l'on décrit en laryngologie sous les noms d'état opalin, érosions et exulcérations des cordes. Ces dernières sont linéaires, en coup d'ongle.

« Les ulcérations vraies sont le résultat de la chute des végétations polypiformes qui se trouvent si souvent dans le cours de la phthisie laryngée! Elles ont un aspect fissural, connu généralement sous le nom d'aspect *serratique* des cordes vocales... »

« Les ulcérations folliculaires, glandulaires, sont le résultat de la transformation caséuse des glandes... Elles sont toujours limitées par un processus scléreux de la muqueuse environnante, et ce n'est pas par elles qu'on peut expliquer la formation de ces vastes ulcérations contemporaines des sténoses laryngées... »

« Parallèlement se dresse un second type, une seconde forme de phthisie laryngée à marche rapide qui attaque tous les tissus et produit de grandes destructions de la muqueuse... On y voit un épaississement considérable de la muqueuse produisant la sténose laryngienne, un état mamelonné, quelquefois énorme, des replis aryéno-épiglottiques, de vastes ulcérations à bords cerclés, taillées à pic, souvent parsemées d'un semis granuleux... »

C'est dans la première espèce qu'on est à même d'observer, dans les régions laryngiennes ces cicatrices fibreuses qui répondent à la guérison spontanée de ce qu'Hering (1) appelle la *phthisie fibreuse*.

C'est dans la seconde espèce que se présentent ces lésions secondaires de la lésion tuberculeuse spécifique, congestion, gonflement œdémateux ou plus ou moins inflammatoire, sur les-

(1) *Ann. mal. larynx*, t. XIII, p. 187.

quels l'action topique de la cautérisation galvano-caustique a plus spécialement prise (Fauvel, Gouguenheim), et qui n'ont qu'un but, la fonte et l'énucléation naturelle de la granulation grise quand elle existe.

Comment, parmi les auteurs spéciaux, juge-t-on ces différences :

« La phthisie pulmonaire, dit Isambert (1), peut être la complication des diathèses arthritiques ou herpétiques. Je connais des sujets, fils de phthisiques, atteints de *pityriasis* ou d'*eczéma cutané* et en même temps d'*angine glanduleuse* et de *laryngite chronique*... On trouve sur la langue d'un certain nombre de phthisiques les caractères de ce que j'ai appelé le *pityriasis lingual*.

« Depuis longtemps, nous distinguons dans nos cliniques, dans la région de la commissure, l'*aspect velvétique* vrai, lésion qui appartient en propre à l'*herpéto-arthritisme*, et l'*aspect verruqueux*, celui qui est constitué par de petites papilles déjà plus volumineuses, etc. (2). »

Après avoir dit le caractère de ces lésions, on prévoit leur tendance, car leur nature s'accuse dans leur fin comme dans leur manière d'être.

« La laryngite hypertrophique, écrit Krishaber (3), n'a pas de tendance à s'ulcérer. L'œdème fait, en outre, toujours défaut dans cette dernière affection.

« Il en est de même de la laryngite glanduleuse qui donne lieu à des végétations bénignes lorsque l'hypertrophie des glandes devient assez considérable pour produire des adénomes... La végétation bénigne n'est accompagnée ni d'*ulcérations* ni d'*œdème*, etc. »

Est-ce à dire que la glande n'est pas susceptible d'ulcération ? Loin de là. Elle peut s'infiltrer de cellules embryonnaires et, à un degré plus avancé, devenir caséuse. L'ulcération suit, et Krishaber fait remarquer avec raison ce point de départ de l'ulcération (*loc. cit.*). Mais rappelons que l'ulcération, dans ce cas, suivant la juste remarque du Dr Leroy, est toujours limitée par un processus scléreux, et qu'elle ne peut dès lors être que limitée, elle aussi. Et le même auteur nous peint aussi comment, dans les mêmes conditions, le même processus amène plutôt des exulcérations sur les cordes que des ulcérations.

Bien autres sont les ulcérations appartenant au second type, ayant l'atonie pour base. Là l'ulcération se fait en masse, d'emblée, par l'élément et le tissu de la muqueuse; aussi aboutit-elle rapidement non pas à une ulcération superficielle, fissurale, à une

(1) *Ann. mal. larynx*, t. I, p. 203.

(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 177-78.

(3) *Loc. cit.*, t. VI, p. 68.

exulcération en un mot, mais à une ulcération profonde, large, à une vraie perte de substance. L'observation suivante en est un véritable exemple, tant au point de vue de l'ulcération que de la marche générale de l'affection et sa nature.

M<sup>lle</sup> A..., 59 ans, teint mat, m'est adressée à Cauterets, le 23 juin 1885, dans les conditions suivantes : Aphonie datant de 8 mois, dont la raison actuelle est une ulcération de la corde vocale gauche, faite d'une perte de substance occupant à peu près dans son entier son tiers moyen. L'ulcération est assez régulière, en forme de cupule, d'un rouge de chair clair. Elle paraît en bonne voie, car son fond est lisse, assez relevé, les bords font suite sans saillie marquée. Vers les attaches antérieure et postérieure, la corde vocale reparait avec sa couleur ivoire rose. Sur la corde vocale opposée et parallèle, c'est-à-dire en rapport avec l'ulcération précitée, légère ulcération du bord interne, de même aspect. Sous l'effort, les cordes se rapprochent, mais sans tension.

Pas de catarrhe. Respiration bronchique partout. Retentissement de la respiration trachéale en avant et en arrière, au sommet droit. Dynamisme pulmonaire médiocre. — Essoufflement rapide en montant, même légèrement. Forces un peu meilleures. Sommeil des fonctions digestives.

L'évolution s'est produite de la façon suivante. Je transeris la lettre de son médecin, le Dr P..., de Pau. M<sup>lle</sup> B... est arrivée à Pau en novembre, avec une laryngite datant de 3 mois seulement, et survenue, paraît-il, sans cause appréciable, la malade se portant habituellement bien, quoique longtemps sujette à des diarrhées et atteinte depuis 3 ans de granulations pharyngées. Dysphonie très marquée, toux fréquente et pénible sans grande expectoration, étaient les symptômes de cette laryngite. Avec cela, état général atteint, fort amaigrissement en peu de temps. Rien de précis à l'auscultation.

Au laryngoscope, rougeur très marquée de l'épiglotte, avec gonflement des replis aryéno-épiglottiques, parésie des cordes vocales, injection accentuée de celles-ci, sans autre altération; ce n'est que bien plus tard que j'ai cru pouvoir distinguer très nettement quelques petites ulcérations.

Une médication locale et générale n'amène pas d'abord grand changement. En un moment même, aggravation des accidents, au point que l'alimentation est devenue presque impossible. Emploi de la *cocaine* en badigeonnages. Résultat surprenant qui permet la reprise de l'alimentation, la suralimentation même et l'amélioration très sensible de l'état général et de l'état local. Amendement de la toux et de la dysphonie, disparition de l'inflammation épiglottique et ary-épiglottique, mais toujours parésie des cordes, etc.

La médication thermique ranima les fonctions digestives, accentua la respiration bronchique en arrière, au sommet et à droite, mais ne dévoila pas de vraies lésions, et l'état local nullement troublé conserva tout son aspect. Huit mois après, la nutrition s'affecta une seconde fois, et la mort survint sur un état général infime.

— Le traitement vient en dernier lieu confirmer ce que l'étiologie, l'évolution et le pronostic ont si bien posés, une différenciation d'espèces, c'est-à-dire de nature. Un tissu qui spontanément traduit ses résistances par des formations organisées et une prise de possession lente de ces organisations auxquelles correspond une résistance fonctionnelle générale identique est susceptible de recevoir une action topique et de concevoir une action locale comme une action générale. Que peuvent être ces actions, sinon des actions directes ou indirectes ayant pour but, sinon de fortifier, du moins de maintenir ces résistances des parties saines; quand la lésion spécifique existe, la granulation grise avec ses conditions de dégénérescence, d'entraîner son départ; quand les lésions communes susceptibles de guérison subsistent, d'amener leur résolution en modifiant leur vitalité.

C'est donc une action modificatrice, dite substitutive, qui est à rechercher soit par les topiques artificiels (acide lactique, galvano-caustique, etc.), soit par les moyens naturels (eaux minéro-thermales). Dans des conditions opposées, les résistances sont en moins, peu ou pas. Dès lors, l'action substitutive doit être ménagée à la résistance du tissu sain, pour avoir son effet; dans le cas contraire, elle exagère la lésion. Et de même pour l'action générale! Adoptée aux résistances en plus, là où il faudra rompre fonctionnellement un spasme, prévenir ou amener la résolution de produits inflammatoires, telle classe d'eaux conviendra. Adoptée aux résistances en moins, là où il faudra relever des fonctions atones, prévenir des lésions de dégénérescence dans des tissus prédisposés par leur faiblesse native, telle classe opposée d'eaux importera, dont l'excitation générale pourra indistinctement se transformer, et ou provoquer l'action stimulante fonctionnelle et l'action tonique ultime, ou être l'origine d'une action perturbatrice et finalement dépressive. Telle est l'indication des deux grandes classes d'eaux, alcalines-salines (groupe du Mont-Dore), sulfureuses plus ou moins fortes (groupe des Pyrénées): elles se modifient dans leurs applications de toutes les nuances empruntées au siège, aux systèmes, organes, aux modes de l'être reactif ou nerveux!

Nous aurions pu poursuivre les caractères d'espèces dans d'autres laryngites spéciales, telles que la laryngite alcoolique, le cancer du larynx. Mais il a fallu nous borner et ne pas dépasser un cadre déjà bien large.



Nous en avons, croyons-nous, assez dit; nous avons suffisamment interrogé d'auteurs spéciaux pour rendre évident que s'ils n'ont pas pris soin de rechercher jusqu'à l'état physiologique les caractères d'espèce, l'observation comparative leur a cependant démontré que certaines formes morbides préexistaient, se maintenaient, et comme effet symptomatique, deutéropathique, et comme effet primitif, et que ces formes se rapportaient à une étiologie constitutionnelle, à un tempérament.

Nous avons cru répondre à une nécessité du moment — le point de *nature* des actes morbides étant loin d'être accepté par tous — et de la question, pour étudier plus complètement les rapports de l'état physiologique et de l'état pathologique, rapprocher les éléments fonctionnels des éléments matériels, et les poursuivre dans l'évolution de la maladie et de l'affection.

---

**BIBLIOGRAPHIE.**

---

**Die Krankheiten der Keilbeinhöhle und des Siebbeinlabyrinthes und ihre Beziehungen zu Erkrankungen des Sehorganes** (Les maladies du sinus sphénoïdal et des cellules ethmoïdales et leur relation avec les maladies de l'organe de la vue), par BERGER E. ET TYRMAN J. (Wiesbaden, chez Bergmann, 1886).

Pendant que les maladies des sinus maxillaire et frontal sont déjà bien décrites depuis longtemps, on trouve chez les auteurs très peu de chose sur les maladies des cellules ethmoïdales et du sinus sphénoïdal. Les maladies de ces derniers sinus sont plus difficiles à reconnaître et plus dangereuses pour la vie que les maladies des autres sinus. Une affection des cellules ethmoïdales est très menaçante pour l'organe de la vue à cause du voisinage de l'orbite, elle peut entraîner une déformation de la face, ou se propager vers le cerveau. Dans les affections du sinus sphénoïdal, l'organe de la vue est de plus en danger, à cause du voisinage du canal optique. Ces maladies se peuvent aussi propager vers l'orbite, vers la cavité naso-pharyngienne, vers le crâne. Les tumeurs peuvent aussi atteindre l'organe auditif à cause de la propagation vers le labyrinthe, ou de l'obstruction de la trompe d'Eustache.

MM. Berger et Tyrman décrivent l'anatomie normale, le développement, la physiologie, les variétés et les déformations des deux cavités dans la première partie de leur livre. La deuxième partie contient les maladies inflammatoires, le catarrhe, la suppuration, l'ozène, le phlegmon, la diphthérie, la tuberculose, la morve, la carie et la nécrose, et enfin la thérapeutique des affections inflammatoires. La troisième partie traite des tumeurs : polypes, fibromes, enchondromes et ostéomes, sarcomes et carcinomes. Dans la quatrième partie sont décrites les blessures. La cinquième partie traite des parasites, et la sixième partie du diagnostic différentiel.

Nous nous bornerons à présenter les symptômes les plus fréquents. Tant que le processus est limité en dedans du sinus sphénoïdal ou des cellules ethmoïdales, les symptômes subjectifs peuvent manquer ou bien on observe des céphalalgies opiniâtres. Mais, si le processus se propage vers les parties voisines, il en résulte des symptômes qui peuvent faire reconnaître avec une certaine certitude le corps de l'os sphénoïdal ou les cellules ethmoïdales comme le siège de la maladie.

*La carie et la nécrose du corps de l'os sphénoïdal produisent les symptômes suivants :*

1° Cécité subite unilatérale avec phlegmon orbitaire, la cause de la cécité étant la périnévríte du nerf optique dans le canal optique ;

2° Quelques parties osseuses se détachent très lentement sans qu'il se produise jamais de troubles oculaires, la méningite est consécutive ;

3° Abscessus rétropharyngien ;

4° Hémorragie mortelle après la perforation de la paroi entre les sinus sphénoïdal et caverneux ;

5° Issue subite d'une grande partie de l'os par la fosse nasale ;

6° Thrombose du sinus caverneux et de la veine ophthalmique à cause de la thrombose du sinus veineux circulaire de la selle turcique ;

7° Perforation de la paroi antérieure du sinus sans aucun autre symptôme.

*Dans les tumeurs, on distingue quatre périodes : 1° La tumeur est limitée à l'intérieur de la cavité du sinus. On n'observe ni aucun symptôme ni de la céphalalgie ;*

*2° La tumeur augmente la cavité du sinus et cause l'atrophie des parois et la compression des organes voisins. La compression peut porter sur un ou les deux nerfs optiques et entraîner l'amaurose ;*

*3° La tumeur s'étend en dehors des parois du sinus. Elle se propage vers la cavité naso-pharyngienne, vers les cellules ethmoïdales, vers l'orbite et ensuite dans le crâne. La perforation de la base du crâne se peut manifester sans aucun symptôme ou par une céphalalgie très violente. On observe souvent des accès épileptiformes.*

*Dans la 4<sup>me</sup> période, on observe des métastases du côté des organes internes. La mort est généralement causée par la méningite ou par abcès cérébral.*

*Les blessures du corps de l'os sphénoïdal produisent les symptômes suivants :*

*1° Dans les fissures de la paroi supérieure, on observe l'écoulement continu du liquide cérébro-rachidien ;*

*2° L'éclatement d'un fragment du corps du sphénoïde produit une blessure de la carotide interne, en dedans du sinus caverneux et cause l'exophtalmie pulsatile ;*

*3° Le prolongement de la fissure dans le canal du nerf optique cause la compression ou la déchirure du nerf optique dans ce canal et produit l'amaurose ;*

*4° Si la fissure se propage au trou ovalaire ou rond, elle produit l'anesthésie de la 2<sup>e</sup> et de la 3<sup>e</sup> branche du trijumeau. Simultanément une déchirure ou une blessure d'autres nerfs cérébraux peuvent se rencontrer.*

*La carie des cellules ethmoïdales peut présenter les symptômes suivants :*

*1° Abcès orbitaire avec écoulement simultané de pus par la narine du même côté ;*

*2° Emphysème orbitaire causé par la communication entre les cellules et l'orbite ;*

*3° Destruction partielle de petites parties des cellules par la syphilis et enfin méningite ;*

4° Une grande partie de l'os ethmoïdal tombe dans le larynx et entraîne la suffocation.

*Les tumeurs des cellules éthmoïdales présentent les symptômes suivants :*

1° La tumeur est limitée en dedans des cellules; aucun symptôme sauf de la céphalalgie ou une sensation de chaleur, ou de l'épistaxis;

2° La tumeur repousse les parois;

3° Période où elle pénètre dans les cavités voisines.

La lamelle *papyrée* est la première refoulée et perforée, et ensuite la tumeur se propage vers l'orbite et pousse l'œil en dehors. L'œil montre les mêmes symptômes (paralysie de l'accommodation, névrite optique, etc.,) que dans les autres tumeurs de l'orbite.

*A la suite des blessures des cellules ethmoïdales, on peut observer :*

1° L'écoulement continu du liquide cérébro-rachidien par une fissure de la paroi antérieure;

2° Emphysème orbitaire ou palpébro-orbitaire;

3° Hémorragie nasale du même côté;

4° A la palpation on sent des fragments d'os.

Dans la dernière partie, MM. Berger et Tyrman exposent leurs recherches expérimentales sur le développement de l'emphysème après les blessures de la paroi interne de l'orbite.

G.

**Manuel de trachéotomie**, par P. RENAUT, avec préface de J. Simon (chez G. Steinheil, Paris, 1887).

Ce petit livre, dû à la plume d'un ancien interne de l'hôpital des Enfants de la rue de Sèvres, est un exposé de la pratique d'un an à cet hôpital où les occasions de trachéotomie sont si fréquentes en raison de l'affluence de la diphthérie. L'ouvrage est divisé en plusieurs chapitres. Dans le premier sont étudiées les indications, contre-indications, en même temps qu'on discute l'époque à laquelle l'opération est la plus opportune. Puis l'opération est longuement décrite. L'auteur n'adopte pas le procédé si rapide de Saint-Germain, et il préfère la trachéotomie à la crico-trachéotomie. Les fautes opératoires et leurs conséquences sont aussi l'objet d'une minutieuse exposition. Enfin, les soins

consécutifs à l'opération sont l'objet d'une description aussi longue qu'importante. Cet ouvrage, très élémentaire mais très pratique, sera nécessairement consulté par les médecins non encore familiarisés avec cette opération et même aussi par les autres, qui pourront être prémunis, par la lecture de ces quelques pages, contre les difficultés si inattendues de cette opération si fréquente et quelquefois si émouvante, dont les dangers semblent devoir heureusement être atténués par l'administration du chloroforme que nous nous félicitons d'avoir été un des premiers à recommander en France dans la trachéotomie de l'adulte, et que nous avions conseillé d'employer chez l'enfant il y a quelques années, ne pouvant en avoir l'occasion par nous-mêmes puisque cette pratique n'était possible que dans les hôpitaux d'enfants.

A. G.

---

**PRESSE ÉTRANGÈRE.**

---

**Nécrose de l'apophyse mastoïde consécutive à la scarlatine et à la diphthérie, surdité complète,** par A. POLLAK (*St-Louis Weekly med. Rev.*, 19 mars 1887).

A. Pollak montre un enfant de 5 ans, porteur d'une fistule mastoïde où le stylet s'enfonçait de deux pouces et demi. Extraction d'un énorme séquestre. Persistance de la surdité. — Otorrhée de l'oreille opposée. Aucune paralysie faciale.

**Nouvelle méthode pour les inhalations de nitrate d'argent dans quelques maladies des voies aériennes,** par HOLGER MYGIND, de Copenhague (*Journ. of Laryng.*, n° 9, 1887).

Traitement déjà ancien, puisque Ch. Bell l'employait en 1816; depuis, Ingals, Joseph s'en sont servis sous forme de pulvérisations, H. Green en faisant passer une solution aqueuse par une sonde à travers la fente glottique. L'action des vapeurs de nitrate d'argent accidentellement découverte par un photographe norvégien, qui en fit part au Dr Bidentkap, de Christiania, fut essayée par lui avec des résultats très favorables et dans certains cas surprenants. 120 malades furent soumis tous les 2 ou 4 jours pendant une ou

deux heures à un séjour dans une pièce où se produisait l'évaporation du sel d'argent.

Les inflammations chroniques du nez, du pharynx, du larynx, de la trachée, la bronchite chronique, l'emphysème, surtout les cas avec expectoration abondante furent grandement modifiés. Onze ans plus tard seulement, les recherches de Bidekap furent contrôlées par Holm de Luring (Norvège); le nitrate d'argent pur, cette fois, chauffé avec du nitrate d'ammoniaque pour éviter les vapeurs acides se montra encore très actif.

Cependant l'action irritante et tonique du nitrate d'argent en inhalations semble devoir limiter son usage; il peut rendre certains services dans le traitement de la bronchite chronique et de l'emphysème, mais quant aux premières voies respiratoires, l'auteur pense que son avantage sur les autres méthodes n'est guère réel.

**Erysipèle du pharynx et du larynx, épidémique et sporadique**, par BROWN BEDFORD d'Alexandrie (Virginie) (*Journ. of the Am. Med. Ass.*, juillet 2, 1887; in *Journ. of Laryngol.*, n° 9).

Étude complète de la question à tous les points de vue. S'appuyant sur 29 ans d'expérience, l'auteur déclare l'érysipèle de la gorge une des maladies les plus fatales, la mortalité variant fréquemment entre 70 à 80 0/0 et même atteignant 90 0/0. Le temps est une question de vie ou de mort. Des applications locales d'iode, d'argent et de simples astringents sont inutiles. L'usage interne de quinine et de fer ne donne rien de bon. L'indication est de produire rapidement et efficacement une contre-irritation étendue, de dilater les capillaires cutanés pour contrebalancer les tissus engorgés et empêcher l'occlusion de la glotte. Les sinapismes remplissent le mieux ce but; éviter les épispastiques, pouvant causer la gangrène par action inflammatoire exagérée. La trachéotomie est à éviter, la maladie atteint généralement la plaie. A l'intérieur Brown recommande hautement le salicylate d'ammoniaque.

**Syphilis laryngée**, par PALACIOS (*Los Avisos*, 10 juin 1881; in *Journ. of Laryng.*, n° 9).

Homme de 36 ans, pris de chatouillement laryngé avec douleur et dyspnée tellement accrues qu'à l'entrée à l'hôpital il fut pris d'orthopnée et ne put avaler rien de solide. Au laryngoscope, épiglote mince, hyperémie de la muqueuse, œdème des cordes vocales, à leur insertion antérieure large tumeur muqueuse obturant presque tout le diamètre du larynx. Cordes vocales très rapprochées, la droite en position cadavérique, plusieurs excroissances à sa face supérieure; la gauche parésée, à son bord interne ulcération étendue semi-circulaire. Sur la corde vocale droite, ulcération étendue, et de dessous la gauche apparaissaient de nombreuses végétations. Cartilage aryénoïde gauche rougeâtre, plus rond que normalement; aryénoïde droit, cinq fois plus gros que normalement; sur les deux, nombreux points de suppuration. Les antécédents, les lésions laryngées, la tuméfaction glandulaire, la périostite des deux jambes firent diagnostiquer la syphilis laryngée. Par le traitement ioduré et les frictions mercurielles, le malade qu'on avait failli trachéotomiser guérit sans trace de lésion du larynx.

**Paralysie des muscles du larynx comme symptôme du tabes dorsalis**, par WEGEN, G. F. (*Dissertation*, Berlin, 1887; in *Journ. of Laryngol.*, n° 9).

Revue bibliographique, deux cas nouveaux de crises dites laryngées. Elles consistent en une toux spasmodique comme la coqueluche, avec dyspnée, quelquefois convulsions et perte de connaissance. Comme syndromes du tabes, d'abord observées en France, elles le furent ensuite par Kahler et surtout Oppenheim; ensuite 8 cas avec examen laryngoscopique exact furent publiés par Weil, Krause, Landgraf, Krauss et Knessner. Dans tous, même aspect, immobilité permanente des cordes vocales sur la ligne médiane, c'est-à-dire en adduction. Thérapeutique: bromure de potassium et cocaïne.

**Abcès idiopathique du larynx**, par BANDLER (*Prager med. Wochenschrift*, n° 34, 1887; in *Journ. of Laryngol.*, n° 9).

Affection rare; Mackenzie en a publié 13 cas, et Ziemssen 11 autres. Cas de Bandler homme de 36 ans, tombant malade sans cause appréciable, fièvre, enrouement, respiration stertoreuse. Avec le doigt, on pouvait sentir sur l'épiglotte une tumeur de la forme et du volume d'un pois. Traitement consistant dans l'application de glace à l'extérieur et à l'intérieur. Le lendemain, tuméfaction rouge de l'épiglotte, point central jaunâtre. Incision, issue abondante de pus, grand soulagement, guérison complète après quelques jours.

**Du mécanisme physiologique du ventriloquisme**, par KUSSNER, de Halle (*Deutsche med. Woch.*, n° 31, 1887; in *Journ. of Laryngol.*, n° 9.)

En parlant pendant que la glotte est étroitement fermée, au moyen d'une compression de l'air par les parois thoraciques, sans le secours de l'abdomen (qui doit rester immobile), on peut produire le singulier timbre de la voix de ventriloque; mais il y a encore d'autres facteurs: l'allongement de la bouche par abaissement du larynx change le timbre de la voix, qui semble alors venir des régions profondes et le ton devient encore plus singulier quand on emploie la voix de tête. La bouche surtout close, la voix est moins distincte et produit l'impression qu'elle vient d'un endroit éloigné.

**Deux cas de sténose laryngée**, par NAVRATIL (*Soc. des méd. de Buda-Pesth*; in *Journ. of Laryng.*, n° 9, 1887).

1<sup>er</sup> cas: attaque de suffocation, trachéotomie, périchondrite du cartilage, ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne. Guérison par le traitement local. Employer toujours la trachéotomie.

2<sup>me</sup> cas: Laryngotomie; inflammation chronique consécutive que l'intubation ne put réussir à guérir.

**Tubage du larynx**, par WAXHAM W. E., de Chicago (*Phil. Med. news*, janvier 1887; in *Journ. of Laryng.* de M.-Mackenzie, n° 3, 1887).

Dans un cas de tubage, l'air ne pénètre pas après l'introduction du tube qu'il faut retirer, une longue pince ramène



une fausse membrane, moulant complètement la trachée et les deux bronches à 1 pouce  $1/2$  ; la suite de l'opération est régulière. Waxham est partisan du tubage modifié par lui pour permettre l'alimentation. Les têtes des tubes sont très petites, à collier de caoutchouc avec épiglote artificielle pour prévenir le glissement de la trachée par une adaptation préférable à celle de la tête métallique. L'épiglotte presse sur l'artificielle pendant la déglutition et couvre entièrement l'ouverture du tube.

**Arthrite crico-aryténoïdienne**, par RAMON DE LA SOTA (*Mem. leídas a la Socied. esp. de laring.*, etc. Tomo I, 1886; in *J. of Laryng.* by M.-Mackenzie, n° 3).

H..., 26 ans, ayant bu de l'eau froide en transpiration, sent une douleur pendant la parole, la toux, la déglutition. Enrouement, rougeur et granulations de la muqueuse du palais et du pharynx ; base du cartilage aryténoïde droit gonflée et rouge, mouvements sur le cartilage cricoïde très limités, à peine de déplacement pendant l'inspiration. Corde vocale droite détendue, bord interne ondulé, ne vibrant plus. Pas de maladie d'aucun autre organe. Guérison en 1 mois par le repos local, les sudorifiques, applications de chlorure de zinc en solution. L'auteur discute les causes, les symptômes, pronostic et traitement de cette variété d'affection.

**Volumineux papillome télangiectasique du larynx**, par ARIZA Raphael (*Rev. de Lar. y Otol. y Rinol.*, febr. 1887; in *J. of laryngol.*, n° 5, 1887).

Dyspnée et aphonie chez une vieille femme. Hypertrophie considérable de la corde vocale gauche, plus rouge que normalement, surface rugueuse et granuleuse. Glotte très étroite longitudinalement, suffisante cependant pour respirer librement. En touchant la tumeur, apnée sérieuse difficile à surmonter, beaucoup de sang rendu en toussant; on vit ensuite à l'endroit touché une dépression du volume d'une lentille, de la base de laquelle le sang suintait. Même phénomène, quand à une deuxième séance on passa une pince au delà de l'épiglotte sans même toucher la partie malade.

Une troisième attaque fut moins intense par suite d'une diminution du volume de la tumeur, et d'une ouverture plus grande de la glotte. Le papillome, du volume d'un grain de café, fut enlevé avec hémorragie minime, et, à l'étonnement général, la tumeur avait par la suite entièrement disparu, la corde vocale étant de forme et de volume normaux. Guérison permanente.

**Un cas de paralysie de la glotte avec diminution de sensibilité**, par OTT (*Prag. med. Woch*, n° 13, 1887; in *J. of laryngol.*, n° 5, 1887).

Paralysie de l'abducteur gauche, muqueuse du côté gauche trouvée anesthésiée au contact de la sonde laryngienne et par l'électrisation.

**Trachéotomie sans canule**, par A.-F. LEE (*St-Louis Weekly med. Review*, 18 décembre 1886).

A propos d'un mémoire du Dr Bell, de Montréal, paru dans le numéro du 23 octobre 1886 et préconisant l'emploi de crochets (clips) dans la trachéotomie de préférence à la canule, l'auteur cite un article de Henry A. Martin, de Boston. Ce dernier remonte à 1878, il a paru dans les *Transactions de l'American medical Association*; pendant 16 ans, Martin s'est entièrement passé de canule, se contentant de suturer les bords de l'ouverture trachéale et de la plaie avec du fil d'argent et de les relier à un tissu de caoutchouc croisé derrière le cou et fixé sur chaque épaule. Ce lien élastique laissait une béance de la plaie suffisante pour laisser entrer l'air et sortir les sécrétions, sans toutefois compromettre, par une traction exagérée, les bords de la plaie. Une aiguille spéciale, inventée par Byrd, obvie à la difficulté de suturer la trachée quand elle est profondément située. On peut réunir les avantages suivants par cette méthode :

1° Pas de matériel instrumental nécessaire, rapidité plus grande pour opérer;

2° Ouverture plus grande et moins obstruée laissant sortir débris de membranes, mucus, etc., qui bouchent la canule;

3° On évite entièrement l'irritation due au changement répété de la canule.

**Traitement local du croup pseudo-membraneux. Tubage du larynx**, par PORTER (*St-Louis medical Review*, 8 janvier 1887).

W. Porter passe en revue les résultats de J. Lewis Smith (*Amer. journ. of Med. sc.*) favorable à la méthode et conclut que la trachéotomie bien faite et de bonne heure est préférable. Le tubage expose à une grande proportion de pneumonies par pénétration dans les poumons de substances étrangères, substances alimentaires, sécrétions, etc. De plus la trachéotomie pratiquée au-dessous du siège du mal évite, contrairement au tubage, le passage de l'air par les régions infectées. Cependant avant tout Porter place la trachéotomie sans canule, en introduisant dans la trachée au-dessus de l'incision une éponge ou boulette de coton trempée dans le sublimé au 1000<sup>e</sup> retenue par un fil.

**Tubage du larynx et trachéotomie**, par H. H. MUDD (*St-Louis Weekly med. Review*, 15 janvier 1887).

L'auteur examine 5 cas rapportés par O'Dwier favorables au tubage et rapporte 6 cas où lui-même a essayé cette méthode. 3 fois il a dû plus tard recourir à la trachéotomie. La première fois, il a fallu ouvrir la trachée obstruée au-dessous du tube.

La deuxième, l'enfant ne pouvait pas boire sans pénétration du liquide dans la trachée; impossibilité de se nourrir. Disparition des inconvénients après enlèvement du tube et trachéotomie.

Troisième cas, enfant de 3 ans, tube rejeté continuellement en toussant, malgré l'exactitude du calibre. Mort, malgré trachéotomie retardée pour faire l'essai du tubage.

**Laryngite pseudo-membraneuse traitée par l'électrolyse**, par E. WAXHAM (*Chicago med. Soc.*, 1<sup>er</sup> déc. 1886).

Enfant de 3 ans au dernier degré d'asphyxie; un tube laryngien entouré de fil de platine fut employé comme électrode négatif, une éponge humectée d'eau tiède, placée au-dessus du larynx fut l'électrode positif. Sur le moment, soulagement; après une deuxième tentative, vomissement de

*fausses membranes abondantes.* Mort deux jours après. On ne fit pas de troisième tentative, l'œdème et la congestion des parties malades ayant augmenté.

**Traitement des ulcérations tuberculeuses du larynx par l'acide lactique,** par W. PORTER (*St-Louis Weekly med. Rev.*, 19 mars 1887).

Analyse des travaux de Krause, Jellinek, Hering, Fraenkel, Schroeter, etc. Porter, sans nier la valeur de l'acide lactique, a eu de meilleurs résultats au moyen d'applications fréquentes de menthol, d'huile de genièvre ou de sassafras. Toujours employer préalablement la cocaïne.

**Tubage profond du larynx substitué au tubage ordinaire,** par A. S. HOADLEY (*Chicago med Soc.*, 7 mars 1887).

Ce perfectionnement empêcherait le rejet du tube dans la toux ; le tube est ainsi modifié : raccourci de façon à ne pas dépasser la longueur du larynx, extrémité supérieure évasée, le bord postérieur correspondant aux cartilages aryténoïdes est aplati, de façon à rendre légère la pression sur ce point, un obturateur plus long que le tube en facilite l'introduction. Dans les 9 cas présentés, il y a eu soulagement, mais la mort est cependant survenue. Waxham critique la méthode et l'instrumentation actuelle, tout en donnant la préférence au tubage sur la trachéotomie.

**Tuberculose laryngo-pharyngée et syphilis,** par DE RENZI (*Journ. of Laryngol.*, by Morell-Mackensie, n° 1, p. 20, 1887).

Cas intéressant de syphilis, sans lésion pulmonaire. A l'examen microscopique de l'exsudat laryngé on trouve le bacille. De Renzi parle de la possibilité d'une guérison.

**Spasme de la glotte chez les rachitiques,** par J.-T. WHITTAKER (*Journ. of Laryng.* by Morell-Mackensie, n° 1, 1887).

L'auteur explique longuement que le spasme glottique appartient presque exclusivement au rachitisme, maladie curable, pendant que le traitement de l'affection laryngée est inefficace. Le spasme est souvent le premier signe de rachi-

tisme, indiquant plutôt la marche que la période, car il arrive le plus souvent dans le cas de marche rapide de la maladie. L'auteur conclut à l'inefficacité du tubage, de la trachéotomie et recommande les douches, les flagellations, l'électricité, comme les meilleurs moyens de combattre l'attaque.

**Déplacement du cartilage cricoïde**, par BUTT (*Jour. of Laryng.*, by Morell-Mackensie, n° 1, p. 26, 1887).

Produit par un maximum de torsion violente du cou; le bord gauche du cricoïde dépassait le bord correspondant du thyroïde. Le cricoïde fut remis en place par pression, pendant la rotation de la tête du côté opposé.

**Relations entre l'artère thyroïdienne inférieure et le nerf récurrent**, par THOMAS DWIGHT (*Journ. of Laryngol.*, by Morell-Mackensie, n° 1, p. 27, 1887).

De leurs situations variables respectives, l'auteur conclut que l'isolement de l'artère doit être fait soigneusement quand on veut la lier près du corps thyroïde, et que, si l'on veut lier en masse la base d'un corps thyroïde hypertrophié, on risque de comprendre le nerf dans la ligature, s'il passe au-devant de l'artère.

**Traitement de la tuberculose du larynx par l'iodol**, par LUBLINSKI (*Deutsch. Med. Woch.*; *Journ. Laryngol.*, by M.-Mackenzie, n° 2, 1887).

Trouve trop faibles les solutions employées jusqu'ici; se sert de la poudre pure en insufflations laryngées, sans avoir d'inconvénients; tantôt tous les jours, tantôt deux ou trois fois la semaine. L'auteur a guéri deux malades atteints d'ulcérations étendues; il croit l'iodol applicable à l'ozène, à la rhinite scrofuleuse avec ulcérations de la cloison.

**L'acide lactique contre le lupus du nez**, par WICHMANN (Norvège). (*Tidsskrift for praktisk, med. Journ.*, 1887; in *Journ. of Laryng.*, n° 94, 1887.)

Malades avec des lupus profonds et étendus de la face et

du nez ont été traités comme suit. Les ulcérations sont couvertes de coton hydrophile imbibé légèrement d'acide lactique pur, recouvert de soie huilée et d'un bandage. Protéger le tissu normal environnant avec de la graisse ou du collodion, autrement l'acide attaque l'épiderme ; éviter cette précaution quand on soupçonne une infiltration si minime qu'elle soit de la peau environnante. 24 heures après, enlever le bandage, laver la peau, gaze iodoformée appliquée pendant 2 jours. Répéter le traitement aussi rarement qu'il est nécessaire ; l'application d'acide lactique est assez douloureuse et peu diminuée par la cocaïne, mais, au bout d'une ou de trois heures généralement, la douleur cesse.

**Spasmes cloniques du voile du palais avec bruits objectifs dans l'oreille, dus à la rhinite chronique,** par SEINFERT (*Internat. Kl. Rundschau*, 1887, n° 19 ; in *Journ. of Laryngol.*, n° 9).

Une femme de 28 ans, traitée pour un catarrhe du nez par le galvano-cautère, présentait, quand l'auteur la vit, un catarrhe sec et des contractions cloniques de tous les muscles de la face. Il y en avait aussi dans le voile du palais et dans les trompes d'Eustache. Elle et d'autres personnes pouvaient entendre les craquements. Traitement sans résultat par l'acide chromique. Michael a observé un cas analogue chez une femme de 40 ans atteinte de polype du nez. Par une application intempestive du galvano-cautère, les ouvertures des trompes d'Eustache furent brûlées sans que le polype disparût. Pendant plusieurs années, il y eut du spasme des trompes avec craquements objectifs et subjectifs dans les oreilles. Le polype fut enlevé avec un serre-nœud et quelques mois après le bruit cessa.

**Épistaxis incoercible,** par ÉCHEVARRIA (*El Dictamen*, 30 juin, 1887 : in *Journ. of Laryng.* n° 9).

Homme de 62 ans, sujet à de graves épistaxis pendant 13 ans, l'ayant presque amené à la mort ; on l'avait déclaré hémophilique. L'auteur, ayant sans succès tamponné les narines en avant et en arrière pour arrêter l'hémorrhagie, y

réussit par l'application d'un vésicatoire sur la région hépatique. Cependant il n'y avait pas de lésions hépatiques, ni de la circulation sous-diaphragmatique pour expliquer l'épistaxis; rien que l'hémophilie.

**Traitement opératoire de l'empyème de l'antre d'Hygmore,** par MICKULICZ (de Cracovie) (*Zeits. f. Heilk. et Journ. of Laryng.* by Morell-Mackensie, n° 1, p. 29, 1887).

Mickulicz perfore la paroi latérale avec un couteau à lame courte montée sur un manche courbe. Quatre succès.

**Traitement local de l'empyème de l'antre d'Hygmore,** par STÖRK (*Wien. med. Woch. et J. of Laryng.* by Morell-Mackensie, n° 1, p. 29, 1887).

L'empyème s'accompagne ordinairement d'une douleur interne dans la fosse canine et de névralgie de la mâchoire supérieure. Comme excellent mode de diagnostic, employer le miroir dilatateur parallèle, et ensuite la compression de la muqueuse au moyen de tampons. On peut dilater largement avec des tampons de ouate bien comprimés et, en épongeant les sécrétions de la muqueuse, on peut bien voir l'orifice situé à moitié du nez.

L'issue du pus peut aussi faire souvent indiquer l'entrée de l'antre sous forme d'une tache de pus.

L'évacuation du pus amenant la cessation subite des douleurs; Störk l'a souvent obtenue par le moyen d'une seringue, terminée par un mince tube court, introduit dans l'antre, méthode qui, quoique difficile, doit être préférée aux autres. L'ablation d'une dent pour permettre l'évacuation a beaucoup d'inconvénients. L'issue dans la bouche donne des nausées. Suivant Störk, la maladie, rarement spontanée, est une propagation de l'inflammation de la muqueuse du nez. Quand celle-ci est trop gonflée pour l'introduction d'une seringue à bout recourbé, Störck prend une plus grande seringue; il y fixe un tube en caoutchouc mince, fermé au bout, avec une petite monture latérale, l'introduit dans le nez aussi loin que l'orifice d'entrée du sinus. Le patient peut nettement percevoir la pression de l'eau dans

l'antre d'Hygmore, symptôme bien suffisant pour toujours facilement trouver l'ouverture. Il n'y a qu'à marquer avec le tube, à partir de son orifice, la longueur qu'il faut en introduire. Tous les topiques doivent être aussi chauds que possible. Préférer des solutions faibles de nitrate d'argent à 1 et 2 0/0, salicylate de soude, sel, tannin, vin par exception. Tampons d'ouate très utiles, roulés autour d'aiguilles à tricoter; ils peuvent servir de bougies.

**Bacilles du rhino-sclérome**, par DRESCHFELD (*Manchester Path. Soc. ; Journal of Laryngol.*, by M.-Mackenzie, n° 1, p. 31, 1887).

L'auteur montre de petits amas de bacilles au milieu de la coupe; ils sont plus petits que les bacilles de la tuberculose, moins minces, et les extrémités légèrement épaissies. Ils diffèrent de ceux décrits par Paltauf, sinon comme identiques, tout au moins semblables en apparence au pneumocoque de Friedlander; Paltauf en avait obtenu des cultures pures dont le mode de colonisation, l'aspect sous le microscope et l'action sur la souris ressemblaient au pneumococcus.

**Communications rhinologiques**, par SCHÆFFER (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, 1886, n° 11; *Journ. of Laryng.*, by M.-Mackenzie, n° 3, p. 101, 1887).

Rapporte, entre autres observations, les suivantes :

a) 10 polypes de l'antre d'Hygmore furent enlevés par l'algéole; la névralgie concomitante guérit complètement.

b) Un kyste de la muqueuse nasale, de la grandeur d'une noix, incisé et cautérisé à l'acide chromique, guérit en huit jours.

c) 2 cas d'ablation de végétations adénoïdes des replis du pharynx et de la fossette de Rosenmüller.

d) 2 cas d'aphonie persistante guéris par un traitement nasal approprié.

e) 2 cas de toux pharyngée persistante ayant cédé au galvano-cautère.



**Crises épileptiformes dues à un polype nasal postérieur,** par B. W. RICHARDSON (*Aselipiadfanv*, 1887; *Journ. of Laryngol.*, by M.-Mackenzie, n° 3, p. 101, 1887).

Crises toujours précédées de la chute d'un corps étranger dans le larynx. L'ablation d'un large polype les fit disparaître.

**Rhinites comme cause de maladies des yeux,** par CHEATHAM W. de Louisville (*Amer. Practit.*, avril 2, 1887; in *Journ. of Laryng.*, n° 5, 1887).

Trois cas d'affections nasales causant des douleurs des yeux avec affaiblissement de la vue. Deux dus à des polypes du nez, le troisième à une obstruction par hypertrophie du cornet inférieur et déviation de la cloison. Par la suppression de ces conditions, les troubles oculaires disparurent. Deux cas d'œdème des paupières et des conjonctives, avec douleurs considérables intra et péri-oculaire, sont attribués par Cheatham à l'application d'acide chromique sur la muqueuse nasale; tous les malades se plaignent de douleurs dans les yeux quand l'acide chromique est appliqué au nez.

L'auteur voit chaque jour des conjonctivites et des kératites (surtout phlycténulaires) qui ne cèdent pas au traitement avant la guérison d'un catarrhe ou d'un eczéma du nez. On a guéri des glaucomes par allongement du rameau nasal de la cinquième paire, et ces cas pouvaient être le résultat d'une maladie chronique du nez. Le larmolement accompagne toujours l'éternuement. Les altérations dentaires peuvent également retentir sur les yeux. L'auteur attribue toutes ces altérations à des relations avec le ganglion de Meckel, qui relie les nerfs se distribuant au globe oculaire et au nez.

C'est dans la partie antérieure du nez qu'il faut principalement rechercher la lésion causale; l'auteur pense que beaucoup de cas d'asthénopie guériront si l'on fait attention à l'état du nez.

**Maladie du nez causant l'aphonie et la dyspnée**, par PREDBORSKI (*Journ. of Laryngol.* de Morell-Mackenzie, p. 10, n° 1, 1887).

Après une grande frayeur, une jeune fille perd la parole; une dyspnée spasmodique survient; les règles s'arrêtent. Les inhalations du chloroforme détournent, en permettant à la malade de crier, d'une trachéotomie imminente.

Récidive après quelques semaines; rougeur du nez, du cornet inférieur et moyen du côté gauche. En les touchant, on produit des douleurs, des étternuements suivis de rejet de matière purulente. Guérison rapide et complète par l'emploi de l'acide chromique.

**Phénomènes réflexes d'origine nasale, injections sous-muqueuses de cocaïne**, par G. FERRERI (*Sperimentale*, in *Journ. of Laryngol.*, de Morell-Mackenzie, n° 1, p. 11, 1887).

Trouve l'injection bien préférable à l'emploi du pinceau, plus encore pour agir sur le larynx que sur le pharynx nasal.

**Traitement de la diphthérie nasale**, par A. C. REIERSON, de Copenhague (*Journ. of Laryngol.*, de Morell-Mackenzie, 1887).

L'auteur suppose que les micrococci sont absorbés beaucoup plus rapidement par la pituitaire que par toute autre muqueuse et adopte le traitement par bougies médicamenteuses dont voici la formule :

Chlorhydrate de cocaïne.....	0,010 à 0,015
Acide borique.....	1 gr.
Amidon.....	} à à 0,10
Gomme arabique pulvérisée..	
Glycérine.....	9,1.

Les bougies de différentes grandeurs contiennent 5 milligrammes de cocaïne et 65 centigrammes d'acide borique, introduites dans les méats inférieurs, de façon à atteindre le pharynx nasal.

En fondant, elles détachent les fausses membranes, ordinairement une heure suffit pour fondre les bougies. La cocaïne

diminue le gonflement, fait diminuer l'irritation due à l'acide borique, ce qui constitue une irrigation antiseptique permanente.

**Infection septique consécutive à des lésions des organes de l'arrière-bouche**, par A. FRAENKEL (*Zeitsch. f. klin. Med.* Bd. XIII, p. 14, 1887).

L'amygdalite peut causer des érysipèles (*Gerhardt, Berlin. kl. Woch.*, 1887) par propagation des cocci érysipélateux à travers les espaces lymphatiques découverts par Støhr dans le tissu adénoïde des amygdales, des glandes de l'arrière-bouche et de la langue; d'après les recherches de Leyden, on peut aussi constater l'existence d'une néphrite aiguë offrant les symptômes d'une néphrite desquamative.

Dans les fausses membranes, surtout celles de l'angine scarlatineuse, Loeffler a vu des microcoques ressemblant beaucoup au streptococcus pyogenes de Rosenbach et un petit bâtonnet, ce dernier surtout dans les couches supérieures de l'exsudat, séparées des inférieures par une couche fibrineuse moins riche en cellules. Dans les organes internes, rate, cœur, reins, le bâtonnet de Loeffler n'a jamais été constaté. Quant aux microcoques, on les voit s'enfoncer dans la muqueuse laissant derrière eux le tissu nécrosé.

Les streptocoques ne jouent qu'un rôle secondaire dans la production de la diphthérie proprement dite, on les a trouvés après la mort comme pendant la vie dans tous les cas où se forment des fausses membranes.

Loeffler a cultivé un microbe provenant d'une diphthérie; un autre d'un cas de scarlatine et cela dans le cœur, le foie, la rate, les reins. Heubner et Bahrdt (*zur Kenntniss der Gelenkeiterungen bei Scharlach Berl. kl. Woch.*, 1884, n° 14) ont rapporté un cas de mort par scarlatine avec infection secondaire par ces streptocoques. G. Croake (*zur path. Anat. der Scharlachs Fortsch. der Med.*, 1885), Fraenkel et Frenenburg (*Centralblatt f. kl. Med., über secundärinfection bei Scharlach*, 1885) ont communiqué trois cas : une amygdalite folliculaire dans un; dans les deux autres pseudo-membranes étendues de l'arrière-bouche avec ulcérations pro-

fondes. Ils concluent au danger de mettre des accouchées dans des pièces où ont été des scarlatines, car la fièvre puerpérale s'y développe de préférence (également due à un streptocoque).

Fraenkel rapporte dans son travail actuel deux cas :

Le premier, phlegmon rétropharyngien ayant son point de départ à l'amygdale droite; envahissement du médiastin. Péricardite purulente. Pleurésie double, purulente à droite, exsudat séreux très trouble à gauche. Avec le liquide retiré par des ponctions exploratrices, on fait des cultures sur l'agar qui donnent uniquement le streptococcus pyogenes.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une angine diphthéroïde du pharynx et du larynx, accompagnée d'une endocardite ulcéreuse : à la coupe, on trouve les deux amygdales infiltrées de sérosité purulente; à l'examen du cœur, on ne trouve que des streptocoques. Fraenkel croit que ce microbe peut causer la véritable diphthérie (genuine diphtherie). Pour lui, les bacilles décrits d'abord par Klebs, puis cultivés par Lœffler, sont l'origine de la nécrose inflammatoire, d'après les expériences faites par Lœffler sur des animaux avec des cultures de ces bâtonnets.

Déterminent-ils l'introduction d'un autre virus dans l'organisme, comme se le demande l'auteur ?

Dans d'autres affections où coexiste la même localisation, scarlatine, typhus, variole, etc., le processus est moins clair; là où aussi l'altération locale est due à un microbe bien distinct de celui de l'affection primitive (c'est le microbe en chaînette déjà cité). C'est lui qui cause les lésions de la bouche, les suppurations et les inflammations des glandes sous-maxillaires et la synovite purulente, grâce à sa facilité de pénétrer dans le tissu et dans le sang qui lui permet de produire des inflammations métastatiques.

On ne connaît pas encore, dit Fraenkel en terminant, la nature du virus de la diphthérie; il ne peut donc dire s'il a eu deux cas de vraie diphthérie, ou de simple nécrose de la muqueuse due aux migrations du microbe en chaînette.

**Abcès rétro-œsophagien; mort par compression de la trachée**, par TURNER (*Lancet*, 1<sup>er</sup> janvier 1887; in *Journ. of Laryngol.*, n° 3, 1887).

Enfant de 3 mois, syphilitique; dyspnée, *pas de dysphagie*; trachéotomie. Abcès du tissu aréolaire rétro-pharyngien, et œsophagien, allant de la hauteur du cartilage cricoïde jusqu'à la hauteur de la bifurcation de la trachée.

**Échinocoques de la glande thyroïde**, par GALOZZI (*Riform. Med.*, n° 288; in *Journ. of M.-Mackenzie*, n° 3).

Cas très intéressant, dans lequel, en vidant le kyste, sortirent des morceaux de tissu appartenant probablement à la poche maternelle; l'examen chimique et histologique fait malheureusement défaut.

**Manière de prévenir la contagion par aspiration des fausses membranes diphtéritiques de la trachée**, par GORRE (*Corresp.-Bl. f. Schweitzer Aerzt.*, 1880; in *Journ. of Laryngol.*, n° 5, 1887).

L'auteur recommande de boucher avec du coton l'embouchure de la sonde, ou bien de la joindre par un tube à drainage à un tube de verre qui, lui, serait bouché par du coton. L'effet est le même que celui du coton dans les tubes à microbes.

**Symptôme rare au cours d'une diphthérie des piliers**, par WERNER de Markgroningen (in *Journ. of Laryng.*, n° 1, 1887).

Chez un enfant de 8 mois, Werner vit, 12 à 13 heures avant la mort, des taches noires sur la lèvre inférieure disséminées et siégeant sur la peau. Ces taches essuyées disparaissaient. Peu de temps après, la mère, qui avait été assise sur le lit et avait nettoyé le nez et la bouche de l'enfant, vit des taches noires analogues apparaître sur le dos de ses mains, ne put les enlever par la brosse, ni par des lavages antiseptiques; après quelques semaines, on les enleva en les grattant avec un couteau. Les points en question ressemblaient beaucoup aux taches que laisse la poudre en brû-

lant; on n'observe pas d'autres cas pendant cette épidémie.

Il est malheureux que l'examen au microscope n'ait pas été fait. On ignore s'il y avait ou non un microbe.

**Double luette**, par NACHTIGALL de Stuttgart (*Deuts. Med. Zeit.*, n° 29, 1887; in *Journ. of Laryngol.*, n° 5, 1887).

Entre la luette et la paroi gauche du pharynx, il y avait un appendice ressemblant à une luette et réuni à la vraie par une mince bandelette; une deuxième la réunissait à l'arcade palatine. Coupée avec des ciseaux, sa structure histologique était du muscle.

**Langue noire**, par BOCHER, Carl *Hospitals-Tidende*, (March 9, 1887, in *J. of laryngol.*, n° 5, 1887).

Deux cas chez deux femmes bien portantes, entre 50 et 70 ans. 1<sup>er</sup> cas : tache noire environ du volume d'un schelling, située au milieu de la langue au-devant des papilles caliciformes. 2<sup>me</sup> cas : tache un peu plus petite qu'une pièce d'un demi-penny, à gauche de la ligne médiane, également au-devant des papilles, en face d'une dent gâtée; elle était entourée d'un anneau jaune sale, et sur le côté opposé de la langue, sur un point symétrique, était un anneau également jaune sale. Dans les deux cas, les taches noires consistaient en végétations brunâtres (plus grises sur les bords), chevelues, environ longues de 8 millimètres et très adhérentes. Les prolongements chevelus, au microscope, étaient des proliférations pigmentées épithéliales recouvrant les papilles filiformes; dans la masse granuleuse qui couvrait celles-ci directement, étaient quelques bâtonnets et de nombreuses spores. Les auteurs regardent ces micro-organismes comme la cause de la maladie.

**Un cas de maladie aiguë de Graves**, par CLARKE, T. Mitchell, de Bristol (*Bristol, Med. chir. Journ.*, March 1887; in *J. of Lar.*, n° 5).

L'auteur considère ce cas comme unique. Durée totale, moins de 6 semaines; c'est donc une maladie de Graves « aiguë ». Points d'intérêt : thymus volumineux et persistant

trouvé à l'autopsie, petit volume du foie et du pancréas, corps thyroïde très gros, disparition de l'exophtalmie après la mort, absence de toute lésion dans le système nerveux. L'auteur pense qu'exophtalmie et goitre pulsatile, les deux symptômes cliniques les plus marqués dans la majorité des cas de maladie de Graves, sont sur la totalité des cas les moins constants, et que le malade peut les perdre, tandis qu'il garde les trois autres symptômes principaux; si chez certains malades, tantôt le goitre, tantôt l'exophtalmie, tantôt les deux manquent, on a certainement le droit de prétendre que chez d'autres ils peuvent manquer dès le début.

L'auteur croit à une origine centrale de la maladie.

**De l'air comprimé contre la tuberculose laryngo-pulmonaire**, par BASSOLS PRIM, de Barcelona (*Gac. med. Catalana*, n° XXIII, ano 80; in *J. of laryng.*, by M.-MacKenzie, n° 6, 1887).

Guérison de l'affection thoracique obtenue par deux mois d'inhalations d'air comprimé chez un homme atteint de tubercules laryngés et pulmonaires; le larynx, cependant, ne fut nullement amélioré. L'auteur conclut qu'il faut employer l'air comprimé au début de la tuberculose, quand les malades conservent une certaine force, et l'air raréfié chez les tuberculeux affaiblis.

**Traitement du croup par le calomel à doses massives**, par RODON FIGUERAS, de Barcelona (*Gac. med. Catal.* n° XI; in *J. of laryng.*, n° 6, 1887).

50 centigrammes de calomel chaque heure, dès les premiers symptômes laryngés; pas d'action, si on ne commence le traitement qu'après début de la période d'asphyxie. L'hydragrye empêche la formation des exsudats, mais le sang est si rapidement déglobulisé, que l'auteur est obligé d'administrer du fer pendant la convalescence pour combattre l'anémie, l'œdème de la face, l'anasarque, les pétéchie qui n'ont jamais manqué.

**Pharyngo-Mycosis Leptothricia**, par NYKAMP (*Nederlandsch Tydsch. von Genosch; Journ. of Laryngol.*, by M.-Mackenzie, n° 2, p. 61, 1887).

Les deux cas présentés par l'auteur sont à noter. Dans le premier cas, taches grisâtres sur les amygdales, le pharynx, la membrane intéryténoidienne; parésie légère de la corde vocale, disparition totale des dépôts par l'emploi du galvanocautère combiné avec des badigeonnages de solution de chinoline à 10 0/0. Deuxième cas : on découvre par hasard sur un étudiant en médecine s'occupant de laryngoscopie une tache grise à la face postérieure de l'épiglotte. Des dépôts grisâtres, formés de leptothricia, existaient entre les papilles du dos de la langue et sur l'épiglotte. Rien aux amygdales, ni au pharynx. Le malade ne se plaignait de rien.

**Du calomel contre la diphthérie**, par DALY, de Pittsburg (*American Laryngol. Assoc.*, avr. 1886; in *St-Louis med. Review*, 8 janvier 1887).

Le médicament doit être pur, donné en larges doses répétées, jusqu'à production d'une diarrhée abondante: nourriture légère et facilement absorbable, aussi peu d'autres médicaments que possible.

**Sur les fonctions des amygdales**, par HINGSTON-FOX (*Journ. of Laryngol.*, by Morell-Mackenzie, n° 1, p. 17, 1887).

L'auteur admet que les amygdales font partie de l'appareil digestif et non respiratoire; leurs fonctions consistaient dans la réabsorption de certains éléments de la salive, dans l'intervalle des repas.

**Pharyngite tuberculeuse aiguë**, par le prof. ARIZA (*Revista de Med. y Cir. Pract.*; *Journ. of Laryng.*, by M.-Mackenzie, n° 2, p. 62, 1887).

Malade souffrant de la gorge à plusieurs époques séparées par des périodes de santé parfaite. La nature de la lésion fut confirmée par la présence des bacilles. Ariza est d'avis que la pharyngite tuberculeuse aiguë est rare, pas toujours



continue et à marche fatale, qu'elle est même curable dans certain cas ; l'aspect local diffère parfois des descriptions données jusqu'ici.

**Un cas de manie diphthéritique**, par A. MONTEFUSCO (*Nota clin. Arch. ital.*, 7<sup>e</sup> année, fasc. ; *Journ. of Laryng.*, by M.-Mackenzie, n° 3, p. 97, 1887).

Troubles psychiques, incoordination, abolition de la volonté, idées de persécution et de grandeur, érotisme, masturbation ; quelquefois contractions involontaires de différents groupes musculaires. Cela dura quatre jours avec abaissement de température à 1° C. plus bas que la normale. Les symptômes locaux s'améliorèrent avec la cessation des troubles cérébraux. L'auteur rapproche son cas de celui presque unique de Lombroso, où toutefois la manie apparut quelques jours avant une diphthérie aiguë au lieu de simultanément comme ici.

**Un cas de diphthérie chronique**, par L. CONCETTI (*Arch. di Path. Infantile*, an IV, fasc. 6 ; *Journ. of Laryng.*, by M.-Mackenzie, n° 3, p. 97, 1887).

La mort ne survint qu'au bout de quatre mois, présentant seulement pen lant ce temps deux courtes périodes fébriles. Le malade avait 3 ans ; le diagnostic indubitable pendant la vie fut confirmé par l'autopsie et l'existence simultanée d'autres cas dans le voisinage.

**Paralysie diphthéritique guérie par les injections de strychnine**, par BRASCH (*Med. Woch.*, 1886 ; *J. of Laryngol.*, by M.-Mackenzie, p. 55, 1887).

Enfant de 4 ans, guérie par 18 injections de strychnine d'une paralysie des muscles du palais, du cou, des extrémités supérieures et inférieures.

Pour toutes ces analyses,

R. LEUDET.

**Traitement de la diphthérie**, par M. CZARTORYSKI (*Pacific medical and surgical journal and Western Lancet*, mars 1887).

Pulvérisation avec

Essence de gaultheria.....	6 grammes.
— de thym.....	6 »
— d'eucalyptus.....	10 »
Chloroforme.....	4 »
Ether sulfurique.....	4 »
Essence de térébenthine.....	12 »
Huile d'amandes douces.....	60 »

On s'en servira surtout pendant les accès de suffocation. Les yeux seront protégés par une serviette.

Avec ce traitement, les membranes disparaissent « comme un charme » suivant l'expression de l'auteur.

Les glandes du cou seront frictionnées avec le liniment suivant.

Iodoforme.....	6 grammes
Essence de menthe poivrée.....	4 »
Pulvériser et ajoutez	
Extrait fluide de phytolacca.....	15 »
— de figuë.....	8 »
Lanoline.....	20 »
Pommade camphrée.....	60 »

Si la membrane de Schneider est atteinte par la maladie, on fera priser au malade de l'acide borique finement pulvérisé.

On n'oubliera pas le traitement tonique et constituant pour parer à l'anémie. — En outre, on fera gargariser le malade avec du jus de citron — et on lui fera boire de la limonade, etc.

C. HIRSCHMANN.

## NOUVELLES.

---

Le Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et les animaux s'ouvrira à Paris sous la présidence de M. Chauveau, membre de l'Institut, le 25 juillet prochain, et se tiendra du 25 au 31 juillet, à la Faculté de médecine.

---

Nous recevons de M. le Dr R. A. Hayes, de Dublin, une lettre nous annonçant qu'une nouvelle société de laryngologie est fondée en Angleterre, avec les noms des adhérents qui sont les principaux laryngologistes du Royaume-Uni. La réunion préliminaire a eu lieu sous la présidence de M. Mc Neill Whistler.

---

Clinique de laryngologie et de rhinologie du Dr Gouguenheim, mardi et jeudi, de 9 à 11 heures, hôpital Lariboisière, salle Isambart.

---

VIN DE CHASSAING. Pepsine et diastase. Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1861, contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM **granulé de Fallières**. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigr. de phosphate.

LIQUEUR D. GANDIERS à base de Boldo. Spécifique exceptionnellement énergique dans l'anémie invétérée, l'épuisement prématuré et les affections de la moelle; actif, goût très agréable, ne contenant aucune substance nuisible.

SIROP ET GRANULES CROSNIER (Monosulfure de sodium inaltérable). Rapport favorable de l'Académie de médecine, août 1877: Phthisie, bronchites, catarrhes, laryngites; maladies de la peau.

---

## OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

---

Observations cliniques et bactériologiques sur l'érysipèle primitif du pharynx, par Fr. CARDONE. (Extr. du *Journ. intern. des sciences médicales*, au 10.)

Étude critique expérimentale sur la tension des cordes vocales, par C.-M. DESVERNINE. (*Journ. of laryng. and rhin.*, février 1888.)

Végétations adénoïdes chez les enfants, diagnostic et traitement, par Fr.-H. HOOPER. (Extr. du *Bost. med. and surg. Journ.*, 15 mars 1888.)

Contribution nouvelle à l'anatomie pathologique de la tuberculose des organes de l'ouïe, par J. HABERMANN. (Chez F. TEMPSKY, Prague.)

Troubles psychiques d'origine auriculaire, par V. COZZOLINO. (Extr. de la *Psychiatria*, an V, 1887.)

Syphilis acquise et héréditaire de l'appareil auditif, etc., par V. COZZOLINO. (Chez Francesco VALLARDI, Naples.)

Hygiène de l'oreille, par V. COZZOLINO. (Extr. du *Morgagni*, an 30 avril 1888.)

De la formation des microbes (*streptococcus pyogenes* dans l'otite moyenne et des suites morbides, par E. ZAUFAL. (Extr. de *Prag. med. Woch.*, nos 20 et 21, 1888.)

Le Gérant : G. MASSON.

